ZEITSCHRIFT FÜR ÄRZTLICHE FORTBILDUNG

ORGAN FÜR PRAKTISCHE MEDIZIN

HERAUSGEGEBEN VON DEM

ZENTRALKOMITEE FÜR DAS ÄRZTLICHE FORTBILDUNGSWESEN IN PREUSSEN UND DEN IM REICHSAUSSCHUSS ZUSAMMENGESCHLOSSENEN KOMITEES UND VEREINIGUNGEN



SCHRIFTLEITUNG: PROFESSOR Dr. C. ADAM, BERLIN NW 6, Luisenplatz 2—4

VERLAG: GUSTAV FISCHER IN JENA

Nummer **15** | Freitag, den 1. August 1930 | **27.** Jahrgang

Inhalt.

Z. ärztl. Fortbildg. 27. Jahrg. | Nr. 15 | S. 477—512, Jena, 1. 8. 1930

Die „Zeitschrift für ärztliche Fortbildung“ erscheint monatl. 2mal. Preis (durch alle Buchhandlungen und Postanstalten) vierteljährlich Rmk 4.—. Die Zustellungsgebühr beträgt für Deutschland, Oesterreich, Luxemburg, Memelgebiet 60 Pf., für das Ausland 90 Pf. / Die Mitglieder des Dtsch. Aerztevereinsbundes erhalten die Zeitschrift zum Vorzugspreis von vierteljährlich Rmk 3.40 gebührenfrei. / Studierende, Praktikanten und Hilfsärzte in nicht vollbezahlter Stellung erhalten die „Z. f. ä. F.“ zum ermäßigten Preise von vierteljährlich Rmk 2.70 gebührenfrei. / Für Zahlungen an den Verlag: Postscheck-Konto Erfurt 986, Haag 73041, Stockholm 4109, Zürich VIII 11055: Postsparkassen-Konto Wien 156780, Budapest 36646; Tschechoslowakei: Prag, Postsparkassen-Konto 501840 und Kreditanstalt der Deutschen (und deren Filialen). / Wenn Abbestellung nicht erfolgt, gilt der Bezug als erneuert.

Anzeigenannahme: Ala Anzeigen-Aktiengesellschaft in Interessengemeinschaft mit Haasenstein & Vogler A.G., Daube & Co. G. m. b. H., Berlin W 35, Potsdamer Straße 27a, Tel. Kurfürst 7865—67, 7885—87, sowie deren sämtliche Zweigstellen und Vertretungen im In- u. Auslande. — Anzeigen: die 5gespaltene, 36 mm breite Millimeterhöhe: Rmk 0.23. Rabatt nach Tarif.

Inhaltsverzeichnis der Referate:

Notizen.

Kongresse der nächsten Zeit.

3.—9. VIII.: II. Internat. Kongreß für Sexualforschung in London. (Dr. Albert Moll, W 15, Kurfürstendamm 45).
4.—9. VIII.: 2. Internat. Kongr. der experimentellen Zellforschung in Amsterdam (Frau Prof. Rhoda Erdmann, Berlin-Wilm., Nassauische Str. 17).
5.—9. VIII.: Internat. Kongreß f. Dermatologie und Syphilographie in Kopenhagen (Dr. Svend Lomholt, Raadhuspladsen 45).
7.—8. VIII.: Hamburger Tuberkulosetagung (Allg. Krhs. Eppendorf, Hamburg 20).
13.—15. VIII.: Internationale Tbc.-Konferenz in Oslo (Dtsch. Zentralk. z. Bekpfg. der Tbc., W9, Königin Augusta-Str. 7).
17. u. 18. VIII.: Krankenkassentag in Dresden.
18.—21. VIII.: II. Internat. Kongreß f. Kinderheilkunde in Stockholm (Prof. Noeggerath, Freiburg i. Br., Univ.-Kinderkl.).
23. VIII.—6. IX.: Ärztl. Studienreise nach Finnland (Dtsch. Ges. f. ärztl. Studienreisen, Berlin W 9, Potsdamer Str. 134 b).
26.—29. VIII.: British Medical Association in Winnipeg (Tavistock Square, W. C. 1, London).
1. u. 2. IX.: Dtsch. Verein f. öffentl. Gesundheitspflege in Dresden (Prof. v. Drigalski. Bln. C 2, An der Fischerbrücke 1 a).
3. u. 4. IX.: Vereinigung Dtsch. Kommunal-Schul- und Fürsorgeärzte in Dresden.
4.—6. IX.: Internat. Ges. f. Logopädie und Phoniatrie in Prag (Prof. Fröschels, Wien IX, Ferstelgasse 6).
4.—7. IX.: Dtsch. Pharmakol. Gesellsch. in Königsberg i. Pr. (Prof. Lipschütz, Frankfurt a. M., Pharmakol. Institut).
5. u. 6. IX.: Dtsch. Ges. f. Lichtforschung in Dresden (Prof. Hans Meier, Bremen, Parkallee 73).
7.—10. IX.: Ges. Dtsch. Naturforscher und Ärzte in Königsberg (Stadthalle).
10.—13. IX.: Dtsch. Ges. f. gerichtl. u. soziale Med. in Königsberg (Prof. Ziemke, Kiel, Waitzstr. 6).
13.—21. IX.: Weltliga für Sexualreform auf sexualwissenschaftl. Grundlage in Wien (Zentralbüro der Weltliga, Bln. NW 40, In den Zelten 10).

(Fortsetzung s. S. 13)

DIE 7 SANITAS HOCHLEISTUNGS-DIATHERMIE-APPARATE SIND FÜHREND

UND IN IHREN LEISTUNGEN UNÜBERTROFFEN

Ausführliche Druckschriften stehen kostenlos zu Diensten!

PENETROTHERM

PANTOTHERM-SUPRA

PANTOTHERM-STANDARD

PENETROTHERM-DUPLEX

NOVOTHERM

PANTOTHERM

DENTOTHERM

ELECTR.-GES. SANITAS
BERLIN N 24

Leistungen:

Penetrotherm-Duplex, für die speziellen Anforderungen der chirurgisch. und für die Allgemein-Diathermie . ca. 1200 Watt

Penetrotherm, für klinische Betriebe . . . . . . ca. 600 Watt

Pantotherm-Supra, für kleine Krankenhäuser, sowie für prakt. Aerzte mit großer Krankenkassen-Praxis . ca. 350 Watt



Leistungen:

Pantotherm-Standard, für den praktischen Arzt . . ca. 350 Watt

Pantotherm, für die ärztliche Privatpraxis . . . . ca. 270 Watt

Novotherm, für den Urologen, Hals-, Nasen-, Ohren- und Augenspezialisten . . ca. 90 Watt

Dentotherm, für die zahnärztliche Praxis . . . . ca. 25 Watt

„Mehr als 8000 Diathermie-Apparate haben wir an Aerzte und Zahnärzte bereits geliefert. Dies ist die beste Garantie für den ***hohen Wert unserer Diathermie-Apparate.*** *"*

Besichtigen Sie auf der Internationalen Hygiene-Ausstellung in Dresden unsere sehenswerten Neuheiten!

Zeitschrift für ärztliche Fortbildung

Unter ständiger Mitwirkung von

Prof. Dr. F. KRAUS, Geh. Med.-Rat, Berlin — Prof. Dr. F. MÜLLER, Geh. Hofrat, München — Geh. San.-Rat Dr. A. STAUDER, Vors. d. Dtsch. Ärztevereinsbundes

redigiert von

Prof. Dr. C. ADAM in Berlin

27. Jahrgang | Freitag, den 1. August 1930 | Nummer 15

Abhandlungen.

1. Die klinische Diagnose des Paratyphus B[1]).

Von

Geh. Ober-Med.-Rat Prof. Dr. **Lentz** in Berlin.

Es ist eine auffallende Erscheinung, daß an Stelle von Infektionskrankheiten, die früher weit verbreitet geherrscht haben und jetzt in deutlichem Abnehmen begriffen sind, andere Infektionskrankheiten auftreten. So sehen wir in den letzten Jahren ein deutliches Nachlassen des Typhus und erleben eine langsame aber stetige Zunahme des Paratyphus B. Diese Krankheit, die wir erst seit Beginn dieses Jahrhunderts näher kennen, und die früher nur in vereinzelten kleineren Epidemien auftrat, hat sich in den letzten Jahren, besonders im Westen Deutschlands, in Rheinland, Hessen-Nassau und im Regierungsbezirk Aurich außerordentlich stark ausgebreitet, so daß die Zahl der Paratyphuserkrankungen in den letzten Jahren bereits die Zahl der Typhuserkrankungen erreicht hat.

Ich habe bereits im Jahre 1906 auf Grund einer Beobachtung an 120 Fällen, die im wesentlichen drei größeren Epidemien angehörten, das klinische Bild des Paratyphus B in einem Vortrage auf der 1. Tagung der Freien Vereinigung für Mikrobiologie gezeichnet und habe es bei späteren Gelegenheiten immer wieder bestätigt gefunden. Leider hat sich dieses Bild später durch die Beobachtung von Fleischvergiftungsepidemien, die durch ein dem Paratyphus B sehr nahestehendes Bakterium, den Bazillus Enteritidis-Breslau, hervorgerufen waren, etwas verschleiert. Bei diesen Fleischvergiftungen beherrschen bekanntlich ausgesprochene Vergiftungserscheinungen das in wenigen Tagen ablaufende Krankheitsbild.

Demgegenüber ist der Paratyphus B eine ausgesprochene Infektionskrankheit, die in der Regel mehr typhusähnliche Symptome aufweist und daher häufiger zu Verwechslungen mit Typhus Anlaß gibt. Aber auch von ihm unterscheidet sich der Paratyphus durch eine Reihe charakteristischer Symptome.

Nach einer Inkubationszeit von 5 bis 7 Tagen beginnt der Paratyphus mit einem deutlichen Frost, der sich in allen schwereren Erkrankungen zu einem ausgesprochenen Schüttelfrost steigern kann. Die Temperatur steigt dabei steil an und kann am ersten Tage recht hohe Grade, 40—41° C, erreichen. Statt des Schüttelfrostes werden bei Kindern bisweilen Krämpfe beobachtet, wie wir sie auch bei anderen plötzlich einsetzenden Infektionskrankheiten bei Kindern kennen. Daneben beobachten wir bei Kindern, seltener bei Erwachsenen, schon im Beginn der Krankheit Erbrechen. Gelegentlich kommen aber Epidemien vor, bei denen auch bei Erwachsenen schweres Erbrechen und profuse Durchfälle das ganze Krankheitsbild 2—3 Wochen hindurch beherrschen können, wie es z. B. bei einer 1906 von Hetsch beschriebenen Epidemie im Spreewald der Fall war. Schon der plötzliche Beginn und der schnelle Temperaturanstieg unterscheiden die Paratyphuserkrankung von dem Typhus, für den der allmähliche Eintritt und die schrittweise Steigerung der Krankheitssymptome charakteristisch ist.

In den nächsten Tagen der Erkrankung steigern sich ein von Beginn an vorhandenes Krankheitsgefühl und Kopfschmerzen. Daneben entwickelt sich bei etwa der Hälfte der Kranken ein Herpes labialis von meist geringer Ausdehnung, 1—3 kleine Bläschen, bisweilen auch ein Herpes nasalis. Auch dieses Symptom ist für die Differentialdiagnose des Paratyphus gegenüber dem Typhus besonders wichtig, da ja beim echten Typhus ein Herpes außerordentlich selten zu finden ist. Ein weiteres wichtiges Anfangssymptom, das bei etwa 70 Proz. der Kranken schon in den ersten Stunden der Krankheit aufzutreten pflegt, ist ein starker Durchfall. Dieser bietet manches Charakteristische. Im Gegensatz zum Typhusstuhl, der meist fast ganz geruchlos ist, verbreitet der Paratyphusstuhl einen intensiven fade-fauligen Geruch und hat die Neigung, schnell in starke Gärung überzugehen, wie er auch schon im Darm sich in starker Gärung befindet, was sich durch Gurren im Leib und reichliche Flatus kundgibt. Bis-

[1]) Nach einem Rundfunkvortrag.

weilen sind dem Stuhl große Mengen Schleim beigemengt, so daß nicht selten differentialdiagnostisch eine Ruhr in Frage kommen kann. Vom Ruhrstuhl unterscheidet sich dieser Stuhl jedoch, abgesehen von dem Geruch, auch durch das gänzliche Fehlen von Blut, dessen Beimengung für die Ruhr charakteristisch ist. Nur bei etwa 20 Proz. der Kranken besteht Verstopfung. Auch im weiteren Verlauf der Krankheit bleibt der Stuhlgang meistens dünnbreiig, hat aber normales fäkulentes Aussehen. Nur in sehr protrahierten Fällen und bei lange fortgesetzter Milchdiät nimmt der Stuhl das für den Typhus charakteristische erbsenbreiartige Aussehen an, aber auch dann unterscheidet er sich durch den stark fäkulenten Geruch von dem gerade in diesem Stadium der Krankheit vollständig geruchlosen Typhusstuhl.

Die Fälle, welche unter dem Bilde der Cholera nostras verlaufen, können in den ersten Krankheitstagen den Eindruck einer Fleischvergiftung hervorrufen; sie werden deshalb auch gern als die gastroenteritische Form des Paratyphus bezeichnet. Gegen diese Verwechslung wird aber den aufmerksamen Arzt der längere Krankheitsverlauf und der in der Regel schon am 2. bis 3. Tage mögliche Nachweis eines harten Milztumors schützen, auf den ich gleich zurückkomme.

Unter den schon in den ersten Krankheitstagen zu beobachtenden charakteristischen Symptomen ist auch das Nasenbluten zu erwähnen, das bei Paratyphuskranken häufiger zu finden ist, bei Typhuskranken dagegen erst im späteren Verlauf der Erkrankung aufzutreten pflegt.

Unter den im weiteren Verlauf der Krankheit auftretenden Symptomen interessiert uns zunächst der Milztumor. Von den meisten Autoren wird angegeben, daß der Milztumor beim Paratyphus fehlt oder nur sehr klein ist. Auch ich habe ihn nur in einem Teil meiner Fälle nachweisen können, doch habe ich bei Patienten, die ich schon in den ersten Tagen der Krankheit zu beobachten Gelegenheit hatte, gesehen, daß am 2. bis 3. Tage ein kleiner, harter, den Rippenbogen nur um 2—4 Fingerbreiten überragender Milztumor nachweisbar war, der aber bereits nach weiteren 3—4 Tagen wieder verschwand. Die harte Beschaffenheit dieses Milztumors ist charakteristisch gegenüber dem mehr prallelastischen bis weichen Milztumor, der beim Typhus meist während der ganzen Krankheit nachzuweisen ist.

Charakteristisch sind auch die Roseolen, wenn sie überhaupt vorhanden sind. In leichten Fällen können sie ganz fehlen. Bei mittelschweren und schweren Fällen treten sie dagegen am 7. bis 10. Krankheitstage auf. Während sie aber beim Typhus spärlich und klein zu bleiben pflegen, treten sie beim Paratyphus in großer Zahl auf und bedecken als kleine flohstichartige Roseolen den Bauch, die Brust, gelegentlich auch den Rücken und die Oberschenkel, oder aber sie bleiben spärlich, erreichen dann aber erhebliche Ausdehnung bis zu Fünf-, ja Zehnpfennigstückgröße. Stets sind sie aber flach und zeigen ein rotes Zentrum zum Unterschied von den gelegentlich auch beim Typhus beobachteten größeren papulösen Roseolen, die nach den Angaben von v. Jaksch ein weißes Zentrum zeigen.

Auch die Temperaturkurve bietet für den aufmerksamen Beobachter wichtige Anhaltspunkte. Während wir beim Typhus nur selten die 3 bekannten Stadien: Stadium incrementi, Kontinua und Stadium decrementi vermissen, setzt, wie erwähnt, der Paratyphus in der Regel sogleich mit hohen Temperaturen ein. Auch eine eigentliche Kontinua fehlt. Statt dessen schwankt je nach der Schwere der Krankheit — wenige Tage bis zu 5, ja 8 Wochen — die Temperatur ganz unregelmäßig in größeren und kleineren Remissionen und Erhebungen hin und her, um schließlich mit einem typischen Stadium decrementi in wenigen Tagen zur Norm zurückzukehren. Bisweilen habe ich auch einen allabendlichen Temperaturabfall beobachten können, der sich durch einen starken Schweißausbruch einleitete. Auch von anderer Seite, z. B. von Priefer ist dieses Symptom beschrieben worden.

Die Zunge zeigt während der ganzen Krankheit einen stark fuliginösen Belag, wobei das für Typhus charakteristische freie Dreieck an der Zungenspitze meist nicht zu beobachten ist. Von einigen Autoren wird auch angegeben, daß die Ränder der Zunge frei von Belag und stark gerötet gewesen wären.

Im allgemeinen machen die an Paratyphus leidenden Patienten nicht einen so schwerkranken Eindruck, wie die Typhuskranken. Auch pflegen die nervösen Störungen, Kopfschmerzen, Benommenheit, Delirien, die beim Typhus oft das Krankheitsbild geradezu beherrschen, beim Paratyphus nur angedeutet zu sein, doch kommen, besonders bei protrahiertem Krankheitsverlauf auch Fälle vor, die in dieser Beziehung durchaus den Eindruck eines schweren Typhus machen können. Gelegentlich kann auch bei schwer benommenen Patienten Nackensteifigkeit beobachtet werden, so daß der Arzt an eine Meningitis denken kann.

Ein sehr beunruhigendes Symptom sind die auch im Verlauf des Paratyphus auftretenden Darmblutungen, um so mehr, als diese Blutungen außerordentlich profus sein und in wenigen Tagen sich mehrmals wiederholen können. Zum Unterschied vom Typhus, bei dem schwerere Darmblutungen immer ein sehr ernstes Symptom sind, werden diese Blutungen aber von Paratyphuskranken meist gut vertragen und die Patienten erholen sich von ihnen in der Regel auffallend schnell.

Alle übrigen Krankheitssymptome, borkige Lippen, Anginen, Bronchitiden und Pneumonien, Ileocöcalgurren, relative Pulsverlangsamung und Pulsus dicrotus sowie Leukopenie sind beim Paratyphus ebenso häufig wie beim Typhus und kommen differentialdiagnostisch nicht in Betracht.

Auch Rezidive werden beim Paratyphus in etwa derselben Häufigkeit beobachtet wie beim Typhus.

Eine gewisse Schwierigkeit können im Beginn der Krankheit diejenigen Fälle der Differentialdiagnose bieten, bei denen die Infektion nicht durch Kontakt, sondern durch Vermittlung von Lebensmitteln erfolgt. In diesen Fällen kann bereits der Paratyphusbazillus in den Lebensmitteln eine Vermehrung erfahren und Gelegenheit haben, ein spezifisches Gift zu bilden. Werden solche Lebensmittel nun von Gesunden genossen, so tritt zunächst das typische Bild der Lebensmittelvergiftung (Fleisch-, Fisch- oder Wurstvergiftung) auf. Die Patienten erkranken wie bei der Vergiftung mit den Bazillen der Enteritis (Gaertner, Breslau) mit starken Kopf- und Leibschmerzen, wiederholtem Erbrechen und profusen Durchfällen sowie Fieber. Nach 2 bis 3 Tagen bessert sich dieser Zustand und das Fieber sinkt zur Norm, um aber nach einem 3—4tägigen Intervall am 6. bis 7. Krankheitstage wieder, und zwar meist steil anzusteigen. Es schließt sich dann der normale Krankheitsverlauf einer Paratyphusinfektion an. Solche Beobachtungen habe ich selbst in vereinzelten Fällen machen können, sie sind aber auch von anderen Autoren, wie v. Vagedes, Hamburger und Rosenthal beschrieben worden.

Die Prognose der Paratyphuserkrankung ist nach dem übereinstimmenden Urteil aller Beobachter im allgemeinen als günstig anzusehen. Der Paratyphus ist eine wesentlich leichtere Krankheit als der Typhus und führt nur in seltenen Fällen zum Tode. Die Mortalität beträgt etwa 3—4 Proz. gegenüber etwa 10 Proz. beim Typhus.

Fassen wir das oben Gesagte noch einmal kurz zusammen, so ergeben sich folgende differentialdiagnostisch zu verwertende Momente:

Für Typhus:	Für Paratyphus:
Allmählicher Beginn und langsam sich steigernde Störung des Allgemeinbefindens und der nervösen Symptome, staffelförmiges Steigen der Temperatur. Fehlen eines Schüttelfrostes sowie eines Herpes labilis.	Plötzlicher Beginn, Erbrechen, Schüttelfrost, Durchfall und steiler Anstieg der Temperatur, Nasenbluten. Herpes labialis häufig.
Stuhlgang fast geruchlos, bald erbsenbreiartig.	Stuhlgang stets fäkulent riechend, bisweilen anfangs sehr schleimhaltig, erst später und selten erbsenbreiartig.
Temperatur typisch, Stadium incrementi, Kontinua, Stadium decrementi.	Temperatur atypisch, Kontinua kaum angedeutet, bisweilen abendlicher Schweißausbruch mit folgendem Temperaturabfall.
Milztumor häufig, wenn vorhanden, lange und meist deutlich nachweisbar, prallelastisch bis weich.	Milztumor selten; wenn vorhanden, nur wenige Tage nachweisbar, meist klein und hart.
Roseolen spärlich, flohstichartig.	Roseolen entweder klein, flohstichartig, dann zahlreich, oder groß, dann wenig zahlreich.
Störungen des Allgemeinbefindens und nervöse Störungen meist längere Zeit ausgeprägt.	Störungen des Allgemeinbefindens und nervöse Störungen meist unerheblich oder nur kurze Zeit deutlich.

Die klinische Diagnose muß natürlich, besonders in den zahlreichen unklaren leichten Fällen, durch die bakteriologische Diagnose ergänzt werden. Hierauf muß um so mehr Wert gelegt werden, als der Paratyphus zu den anzeigepflichtigen Krankheiten gehört und auch der Verdacht auf Paratyphus anzeigepflichtig ist.

---

2. Zur operativen Behandlung der Nephritis.

Von

Hermann Kümmell sen.

(Schluß.)

Wir haben mehrfach beim Versagen der sachgemäß durchgeführten Dekapsulationen der einen Seite erst durch die Enthülsung der anderen Seite Erfolge erzielt. Bei einem Patienten mit einer Blutung infolge von Glomerulonephritis im Anschluß an eine Appendizitis stand die Blutung aus der dekapsulierten rechten Niere, wie dies bald nachher zystoskopisch festgestellt wurde, während sie aus der andern Seite wieder eintrat. Erst durch den gleichen Eingriff an der linken Niere wurde ein Aufhören der Blutung definitiv erzielt. Weiterhin wurde mehrfach nach Freilegung und Spaltung der Niere wegen infektiöser Glomerulonephritis, welche vom erkrankten Appendix ausging, kein Erfolg erzielt. Erst als die Quelle der dauernden Infektion im erkrankten Wurmfortsatz festgestellt und derselbe entfernt wurde, trat Heilung ein. Diese Beispiele zeigen, daß selbst oft weit eingreifendere Maßnahmen als sie eine Weichteilinzision darstellt, nicht genügen, um eine Heilung herbeizuführen. Erst weitere gleich wirkungsvolle Maßnahmen mußten folgen, um das Ziel zu erreichen.

Vor kurzer Zeit hat E. F. Müller von der medizinischen Universitäts-Poliklinik im Eppendorfer Krankenhause und in amerikanischen Forschungsstätten in einer großzügig angelegten erfolgreichen experimentellen Arbeit auch den Einfluß des Nervensystems auf die Funktion der Nieren studiert. Er konnte gemeinsam mit W. Rieder feststellen, daß in einer vorher entnervten Niere die in den Kreislauf eingeführten Bakterien nicht schädigend wirken, daß sie gesund bleibt, während bei dem nicht operierten Organ auf der anderen Seite die Infektion (Albuminurie, Bakteriurie pp.) stattfindet. Diese Experimente würden meine Ansicht über die Wirkung der Dekapsulation bestätigen. Diese

interessanten Versuche wurden uns in der Maisitzung des Ärztlichen Vereins in Hamburg vorgetragen, und kann ich diese Arbeit zum eingehenden Studium bestens empfehlen.

Je mehr wir uns mit dem vielgestaltigen Bilde der Nephritis, mit ihren verschiedenen Formen und Stadien beschäftigen und in ihre Eigenart einzudringen suchen, um so mehr operative Berechtigung und Erfolge werden wir dadurch in der Behandlung dieser als letzte in der Gruppe der „Grenzgebiete" aufgenommenen Krankheiten erlangen.

Wenn wir kurz die Wirkung der Dekapsulation auf die akuten Formen der Nephritis betrachten, so sind es die Infektionskrankheiten mit ihren gefürchteten Nachkrankheiten, besonders die Scharlachnephritis, bei welcher als Indicatio vitalis beim Versagen der üblichen internen Behandlung zur Beseitigung der Anurie und drohenden Urämie die Enthülsung der Niere mit Erfolg angewandt wurde und entschieden zu empfehlen ist. Wir haben nur einmal Gelegenheit gehabt bei einem 4jährigen Knaben die 48stündige Anurie in der 3. Scharlachwoche durch Dekapsulation sofort zu beseitigen und 14 Tage lang eine reichliche Urinausscheidung zu erzielen. Später trat Exitus ein.

Bei der Nephritis nach Vergiftung besonders durch Sublimat gelingt es meistens, das bedrohliche Symptom, die Anurie durch die Dekapsulation zu beseitigen. Die Zahl der definitiven Heilungen ist eine relativ geringe, da die weitgehenden Zerstörungen der übrigen Organe besonders des Magens und Darmkanals zu ausgedehnt waren, um eine Heilung zu ermöglichen. Wir haben bei 5 mit Sublimat vergifteten Patienten die Anurie durch die Operation beseitigen können, ein Kranker wurde geheilt. Bei einer durch den Genuß von Oxalsäure vergifteten Patientin wurde die mehrtägige Anurie durch die Dekapsulation beseitigt und Heilung erzielt.

Die Nephritis bei Eklampsie, über welche uns keine eigene Erfahrung zu Gebote steht, ist bei einer großen Zahl Patienten erfolgreich auch durch Dekapsulation in Angriff genommen worden. Die Anurie, welche als schwerstes Symptom im Vordergrund stand, verschwand nach dem Eingriff, die Krampfanfälle hörten auf und das Bewußtsein kehrte zurück. Sippel berichtete vor längerer Zeit über 30 Heilungen unter 46 Dekapsulierten, Poten über 38 erfolgreiche Behandlungen unter 98 Operierten. Bei der Schwere der Erkrankung ein immerhin günstiges Resultat. Auch in letzter Zeit sind von verschiedener Seite günstige Erfolge bei Eklampsie, während und nach der Geburt berichtet.

Die akute infektiöse Nephritis erscheint für den chirurgischen Eingriff wichtiger als die erwähnten Formen der akuten Nierenentzündung. Bei dieser auf hämatogenem Wege entstehenden Nierenentzündung, der Nephritis aposthematosa, bei der die Niere mit multiplen hirsekorn- bis stecknadelkopfgroßen auf der Rinde sichtbaren Abszeßchen durchsetzt, das Nierengewebe als solches entzündlich verändert und auch das Nierenbecken meist infiziert ist, waren die operativen Erfolge sehr gute.

Wir haben an 30 Kranken im Alter von 16 bis 60 Jahren von denen 3 gestorben sind mit 27 Heilungen die verschiedenen Eingriffe ausgeführt. Alle boten sie im großen und ganzen das bekannte Krankheitsbild, mehr oder weniger akutes Einsetzen der Krankheit, in den meisten Fällen hohes Fieber mit Schüttelfrost, Schmerzen in der erkrankten Seite mit Muskelabwehr und infiziertem Urin u. a.

In den letzten Jahren schon vor und während des Krieges sind wir noch konservativer in unserem aktiven Vorgehen geworden und haben die Nephrotomie, wenn sie nicht wegen Mitbeteiligung des Nierenbeckens und größerer Abszesse notwendig wurde, durch die Dekapsulation mit bestem Erfolg ersetzt. Diese wirkt in solchen Fällen im wahren Sinne entscheidend, wie die Spaltung eines Abszesses. Durch die Enthülsung treten die oberflächlichen miliaren Abszesse frei an die Oberfläche, das schwer entzündete geschwollene Organ wird befreit und dadurch die Bedingungen zur schnellen Heilung gegeben.

Die Nephrektomie sollten wir nur ausführen, wenn die Zerstörung der einen Niere eine so weitgehende ist, daß die Erhaltung nutzlos ist. Wir dürfen bei dieser Operation die Gefahr nicht unterschätzen, daß die zurückbleibende Niere auch infektiös erkranken kann und dann das Individium von neuem dadurch aufs schwerste gefährdet wird, wie uns ein Fall sehr drastisch vor Augen führte.

Bei einer 48jährigen Patientin wurde wegen vereiterter Niere mit Steinen die Nephrotomie und wegen dauernder Fistel später die Nephrektomie ausgeführt, worauf Heilung erfolgte. Nach einigen Monaten wird die Patientin in tiefem Koma mit kleinem frequenten Puls und hohem Fieber urämisch und anurisch seit 3 Tagen, aufgenommen. Die vergrößerte einzige Niere, durchsetzt mit zahllosen miliaren Herden, wird gespalten und tamponiert. Die Urinsekretion aus den beiden Nierenhälften beginnt bald, Urämie schwindet und Patientin nach einigen Wochen geheilt entlassen. Nach langen Jahren noch vollkommen gesund.

Die Hoffnung auf eine mögliche Spontanheilung würde ich ebensowenig für zulässig halten als eine Appendizitis sich selbst zu überlassen.

Bei kleinen Kindern habe ich öfter wochenlang bestehende, durch Bacterium coli und einmal durch Paratyphus hervorgerufene infektiöse Nephritiden ausheilen sehen, andere starben, und zeigten sich meistens in beiden Nieren zahlreiche von Bacterium coli gebildete miliare Abszesse.

Steht die Diagnose der infektiösen abszedierenden Nephritis fest, so muß die Operation bald ausgeführt werden,

auch dann, wenn es sich um eine doppelseitige Erkrankung handelt. Die Nephritiden mit miliaren Abszessen führen infolge des großen Gefäßreichtums der Nieren und der großen Spannung, unter welcher das entzündete Parenchym innerhalb der fibrösen Kapsel sich befindet, rasch zu einer allgemeinen Sepsis. Auch die Gefahr der Infektion der anderen Niere bei einem abwartenten Verfahren ist nicht zu unterschätzen.

Von den mit konservativeren Operationen behandelten 12 Fällen ist einer am dritten Tage gestorben, 2 als gebessert entlassene waren noch 9 resp. 10 Jahre vollkommen beschwerdefrei. Von den 19 geheilt entlassenen waren noch 7 nach 17, 12, 11, 4, 3 und 2 Jahren am Leben. Zwei waren nicht aufzufinden.

Eine mehr subakute Nierenentzündung bildet die Kriegsnephritis. Mag sie auch der Vergangenheit angehören, so bildet sie doch durch die Eigenheit der Symptome und des Verlaufes ein sehr lehrreiches Krankheitsbild, das nicht übergangen werden darf. Es handelt sich um das bekannte gehäufte Auftreten von Nierenerkrankungen bei Feldzugsteilnehmern, welches im 2. Kriegshalbjahr begann, in der Folge mehr und mehr zunahm.

Der Krankheitsverlauf und das gesamte Krankheitsbild waren nach den zahlreichen Beobachtungen ziemlich gleichmäßig. Ein anscheinend plötzliches Auftreten der Erkrankung; nach wenigen Tagen des Unbehagens mit Ödemen an den Beinen und im Gesicht und oft starkem Aszites wurden die Atmungsorgane fast stets mit betroffen. Der Blutdruck war meist erhöht, oft bis 160 und 180. Der Urin enthielt fast stets Blut und zeigte die bekannte braune Farbe, zuweilen intensiv blutiges Aussehen. Zylinder in ihren verschiedenen Formen fehlten selten und ebenso war die Eiweißmenge sehr reichlich, in einzelnen Fällen von kaum meßbarer Höhe. Die Urinmenge war dem Krankheitsbilde entsprechend oft stark vermindert bis zur hochgradigen Oligurie und Anurie. Schwere urämische Erscheinungen sahen wir öfter.

Wenn auch die überwiegende Mehrzahl der Erkrankungen unter geeigneter Behandlung günstig verlief, so gab es doch eine nicht geringe Anzahl mit letalem Verlauf.

In den Fällen schwerer Kriegsnephritis, sei es, daß sie sich im akuten oder subakutem Stadium befanden, in welchem die interne Therapie keine Besserung mehr zu erzielen imstande war und bei denen Anurie und Urämie einen bedrohlichen Grad erreicht hatten, konnten wir durch die Dekapsulation, meist nur einer Niere die Funktion in auffallend kurzer Zeit wiederherstellen und die Urämie beseitigen.

Alle Patienten sind genesen außer einem, welcher, nachdem Urämie und Anurie verschwunden, an einer Infektion der Wunde, welche er sich durch Aufreißen des Verbandes im benommenen Zustande zugezogen hatte, zugrunde ging. Alle Patienten wurden frei oder fast frei von Albumen, Aszites und Lungenerscheinungen ohne Ödeme in die Heimat entlassen.

Ich bin der festen Überzeugung, daß man noch manchem der an Kriegsnephritis Verstorbenen durch den Eingriff hätte helfen können, wie allen denen, die wir operierten. In zahlreichen Abhandlungen wurde vom hygienischen und internen Standpunkt über Entstehungsursachen, Verlauf und Behandlung der Erkrankung gesprochen, während die Chirurgen mit ihren erfolgreichen Kraftmitteln schweigend beiseite standen. Eine einzige Publikation von Wilk (Siebenbürgen) über chirurgische Behandlung ist mir damals zu Gesicht gekommen; erst später sind noch einige gefolgt. In allen Fällen, zu denen ich beratend zugezogen wurde, ließ ich mir von den Kollegen die Frage beantworten, ob alle der internen Medizin zu Gebote stehenden Mittel erschöpft seien. Erst dann bin ich an die Operation herangetreten. Ich wollte die beliebte Äußerung vermeiden, der Kranke wäre auch ohne Operation geheilt. Bei fast allen Kranken handelte es sich um schwerbenommene und urämische Patienten, bei denen die Anurie meist schon mehrere Tage bestanden hatte. Es war für uns alle ein eindrucksvolles Bild zu sehen, wie meist schon am Abend des Operationstages nicht nur die Urinausscheidung einsetzte, sondern die Patienten aus ihrem tiefkomatösen Zustand erwachten und abgesehen von der retrograden Amnesie bald die volle Besinnung wiedererlangten und sich rasch erholten. Einigen Operationen wohnte zufällig Herr Aschoff (Freiburg i/B.) bei als maßgebender Path.-Anatom und konnte er an den exzidierten Nierenstückchen die akute Glomerulonephritis feststellen und sich an den operativen Erfolgen mit uns freuen.

Für ein operatives Eingreifen bei der chronischen Nephritis kommen nach ihren prägnantesten klinischen Erscheinungen 3 Gruppen in Betracht. Mag diese Einteilung auch einer streng wissenschaftlichen Kritik vielleicht nicht standhalten und einzelne Symptome ineinander übergehen, so erscheint mir immerhin diese Gruppierung praktisch, allgemein verständlich und für die Beurteilung der chirurgischen Erfolge am übersichtlichsten.

Die für die Diagnose schwierigste, für unsere chirurgischen Maßnahmen dankbarste Form der Nephritis ist die Nephritis dolorosa, die Nephralgie. In letzter Zeit hat man sich eingehender mit ihr beschäftigt, wie schon die verschiedenartigen neuerstandenen Bezeichnungen beweisen. Alle lassen in der Namensgebung die wichtigste Erscheinung, den Schmerz, in den Vordergrund treten. Wir wir mit der Nephritis dolorosa nur das zufällige Symptom bezeichnen, so beschreibt Casper mit der Koliknephritis schon genauer die anfallweise auftretenden, kolik-

artigen Schmerzen. Rosenfeld nennt sie Colica nephritica und Strauß Kongestivschmerz, die Ursache in Stauungszuständen der Niere suchend.

Fast stets handelt es sich um Einseitigkeit der Schmerzen und aller Symptome. Die sonstigen, Kolikanfälle begleitenden Erscheinungen, Übelsein, Erbrechen, beschleunigter und kleiner Puls, auch Schweißausbrüche fehlen selten. Temperatursteigerungen sind zuweilen vorhanden, meist fehlen sie. Ein weiteres wichtiges Symptom bildet die mit den Anfällen verbundene Oligurie, welche nicht immer die Beachtung findet, welche sie beanspruchen muß. Eine Herabsetzung der Nierenfunktion, welche sich während der Anfälle steigert, ist fast stets vorhanden und bildet ein wichtiges objektives Symptom. Durch die Indigokarminprobe war die Herabsetzung der Nierenarbeit öfter nicht festzustellen, beide Nieren entleerten im zystoskopischen Bilde einen intensiv blaugefärbten Urinstrahl aus der Uretermündung, während die Kryoskopie des Blutes eine Herabsetzung des Gefrierpunktes bis d = 0,59 ergab und die in letzter Zeit angewandte Rehnsche Alkali-Säureprobe eine deutliche Funktionsherabsetzung der einen Seite feststellte.

Wenn wir die kurzgenannten Symptome zusammenfassen und einen die Koliken erklärenden Röntgen- und anderweitigen Befund nicht erheben können, wird man an die schmerzhafte Nephritis denken wüssen. Manche Diagnose wird nicht gestellt, weil man dieses eigenartige Leiden oft nicht in seinen Einzelheiten genügend kennt. Die Nephritis dolorosa gehört zu der Gruppe von Krankheiten, an die man vielfach nicht denkt. Ich habe öfter Patientinnen — meist handelte es sich um weibliche Kranke — in Behandlung bekommen, welche von den erfahrensten inneren Klinikern, Chirurgen und Urologen nach allen Richtungen auf das sorgfältigste durchforscht waren, ohne daß man zu einer sicheren Diagnose gelangt war. Da die Patienten nebenbei durch ihr langes Leiden in ihrem Nervensystem erschüttert waren, oder auch einen hysterischen Einschlag zeigten, gab man sich schließlich mit der Diagnose der Hysterie mangels nachweisbarer somatischer Ursachen zufrieden ohne dadurch die berechtigten Beschwerden der Patienten zu beseitigen.

Bei den histologisch gründlich untersuchten exzidierten Nierenstückchen konnten bei anfänglich negativen Befunden, wenn auch oft nur kleine Entzündungsherde später nachgewiesen werden.

Wir haben 20 Operationen bei Nephritis dolorosa ausgeführt, davon waren 2 ohne jede Blutung. Außer in den ersten Fällen konnten wir später stets vor der Operation die Diagnose stellen. Anfangs haben wir die Nephrotomie, später jedoch ausschließlich die ebenso erfolgreiche Dekapsulation ausgeführt, in einem Falle doppelseitig. Alle Operierten sind geheilt entlassen. Bei einer größeren Zahl konnte die Gesundheit nach 12, 10, 8, 6, 4 und 3 Jahren festgestellt und daher eine Dauerheilung angenommen werden.

Schon im Jahre 1891 konnte ich durch die erste derartige Operation einen 29jährigen jungen Mann mit linksseitigen Koliken, bei welchen ich einen nicht vorhandenen Nierenstein annahm, durch die Nephrotomie von seinen Beschwerden befreien. Das aus der anscheinend gesunden Niere exzedierte Stück wurde als nephritisch verändert erkannt. Der Patient ist nach etwa 2 Jahren an Nephritis zugrunde gegangen.

Die hämorrhagische Nephritis bildet wohl die diagnostisch weitaus interessanteste Form der Nephritis, weil sie in ihrer Eigenart noch nicht vollständig geklärt ist und der Forschung immer neue Aufgaben stellt. Die histologische Untersuchung an ausgeschnittenen Nierenstücken ergibt eine oft nicht leicht nachweisbare chronisch parenchymatöse oder interstitielle Nephritis. Ich kann hier nicht näher auf die Literatur, welche seit der ersten Veröffentlichung Sabatiers innerhalb eines Menschenalters enorm angeschwollen ist und mit den Namen von Klemperer, Israel, Senator, Schede, Albarran u. a. in früheren Jahren verknüpft ist, eingehen. Die zahlreichen Namen, die einseitige Nierenblutung, idiopatische, essentielle Hämaturie u. a. beweisen die noch vorhandene Unklarheit. Die Frage der Blutung aus einer anscheinend gesunden Niere ist noch nicht voll beantwortet. Fast wöchentlich bringen unsere chirurgischen, inneren, und urologischen Zeitschriften des In- und Auslandes neue Zusammenstellungen und lehrreiche kasuistische Mitteilungen über einseitige Nierenblutungen und Exstirpationen des kranken Organs, oft ohne positiven anatomischen Befund. Wohl ist die Zahl der ungeklärten Fälle sehr wesentlich zurückgegangen. Schon 1907 konnte Kotzenberg aus unserer Klinik im Anschluß an 12 von uns operierte Patienten mit Nierenblutungen die 160 in der Literatur zusammengestellten, essentiellen Blutungen bis auf 2 Fälle vollständig aufgeklärt feststellen. Bei fast allen handelte es sich um nephritische Veränderungen in der betreffenden Niere. Abgesehen von den bekannten Ursachen der Nierenblutungen durch Tumoren, Steine, Phosphate, wie Oxalate, wie Tuberkulose, polyzystische Degeneration, Wanderniere, Pyonephrose, durch Kolipyelitis, Nierenbecken- und Uretertumoren u. a. m. sind natürlich auch Hämophilie, hysterische Blutungen, Gefäßanomalien, Angiome, Naevus teleangiectatic, Purpura, parasitäre Erkrankungen, Blutungen nach körperlichen Anstrengungen, die bei Gravidität und Laktation u. a. m. zu berücksichtigen. Daß eine freigelegte und dekapsulierte Niere nur im Inneren vorhandene geringfügige Veränderungen uns nicht erkennen läßt, sondern nur solche der Oberfläche, ist klar.

Worin liegt nun der Grund, daß wirklich vorhandene, wenn auch nur zirkumskripte Veränderungen vielfach nicht nachgewiesen werden? Einmal werden an-

scheinend geringfügige oder nach subjektiver Ansicht des Untersuchers die Blutung nicht genügend erklärende Befunde negativ gedeutet, dann liegt die klare Antwort in der vielfach ungenügend ausgeführten Untersuchung. Die Exzision von Stückchen aus dem Nierengewebe wird eine Glomerulonephritis oder sonstige diffuse Erkrankungen nachweisen lassen, aber unmöglich eine Herderkrankung, wenn die kranke Stelle nicht getroffen ist. Auch die Exzision von mehreren Gewebsscheibchen, von verschiedenen Stellen, ist ebenso unsicher. Nur die Zerlegung des ganzen Organs in zahllose Serienschnitte wird den Herd oder die Veränderung finden und den Nachweis der Erkrankung bringen lassen, wie wir dies mehrfach nach negativer Untersuchung kleiner Stücke mit Befriedigung feststellen konnten.

Ich zweifle nicht, daß eine derartige gründliche Untersuchung wohl in allen Fällen die organische Ursache der Blutung feststellen wird. Fälle, bei denen nur aus klinischen Beobachtungen Rückschlüsse auf die Ursache der Blutung gezogen werden ohne daß das Organ untersucht ist, scheiden wir vollkommen aus. Es würde zu weit führen hier auf Symptome, Diagnose und Differentialdiagnose, so interessant, aber auch bekannt sie sind, näher einzugehen.

Jede Nierenblutung hat eine somatische Ursache, sie muß nur gefunden werden. Bei allen Nierenblutungen unklarer Herkunft soll man nicht zu lange Zeit mit interner Therapie verlieren. Natürlich wird man sich zunächst bemühen die Diagnose unter allen Umständen festzustellen; gelingt das nicht, so wird man baldigst das blutende Organ freilegen. Nur dadurch wird es möglich sein, rechtzeitig etwa übersehene Tumoren, Tuberkulose u. a. zu beseitigen oder die nephritischen Blutungen zum Stehen zu bringen. Auch hier würde ich der schonendsten und nicht weniger wirksamen Dekapsulation vor der Nephrotomie den Vorzug geben; jedoch nur ausführen, wenn trotz der konservativen Eingriffe eine neue Blutung eintritt. Man darf nicht vergessen, daß meist auch das andere Organ krank ist und der Prozeß hier sich weiter entwickeln kann. Ein junger Mann, welchen wir wegen bedrohlicher Blutung nephrotomierten und wegen Nachblutung nephrektomiert hatten, starb nach 8 Monaten unter langsam zunehmender Insuffizienz urämisch an schwerer Nephritis der anderen Seite.

Die Zahl der erfolgreich ausgeführten Dekapsulationen hat sich von Jahr zu Jahr vermehrt. Auch im frühesten Kindesalter hat man bei schweren Anurien mit Erfolg die Entkapselung vorgenommen. So berichteten Bauer und Treplin in unserm Ärztlichen Verein über eine beim Kinde von 3 Wochen mit schwerer Nierenerkrankung vorgenommene doppelseitige erfolgreiche Dekapsulation und weiterhin über ein $1^3/_4$ Jahre altes Kind mit maximal-renalem Ödem und schwerer Anämie. Nach der Entkapselung besserte sich schlagartig bei beiden Kindern ihr lebensgefährlicher Zustand. Ähnliche Erfahrungen über erfolgreiche Dekapsulationen im frühsten Lebensjahr wurden auch von andern mitgeteilt. Durch die Dekapsulation gelingt es uns, schwere Fälle der verschiedensten Formen der Nephritis, vielfach noch dann zur Besserung und relativen Heilung zu bringen, wenn eine andere Behandlung versagt.

Zusammenfassende Aufsätze über den heutigen Stand der Medizin.

Aus dem Waisenhaus und Kinderasyl der Stadt Berlin
(Dirig. Arzt Prof. L. F. Meyer).

1. Über den heutigen Stand der Masernprophylaxe [1].

Von

Dr. **Jacob Jahr**, Oberarzt.

Der Praktiker gerät heute leichter denn je in die Gefahr einer Prophylaxemüdigkeit. Brachte ihm doch das letzte Jahrzehnt nach dem Kriege eine große Fülle von spezifischen Immunisierungsverfahren gegen die akuten Infektionskrankheiten: Masern, Scharlach, Diphterie, Keuchhusten, Poliomyelitis, um nur einige zu nennen, ohne daß der Nutzen der einzelnen Verfahren bereits einhellig anerkannt werden konnte. Dazu kommt noch, daß für eine Anzahl von Erkrankungen mehrere, differente Methoden empfohlen wurden, über deren Wertigkeit selbst unter den Fachleuten keineswegs Einigkeit herrscht.

Dieser Widerstreit der Meinungen, die häufig für den kritisch Eingestellten auf recht anfechtbaren, sachlichen wie zahlenmäßigen Unterlagen gewonnen sind, zeitigt eine Diskreditierung wertvoller und zuverlässiger Impfschutzmaßnahmen. Das gilt in gleichem Maße für Ärzte wie Publikum. Durch die weit verbreitete, nunmehr kaum noch zu bekämpfende Unsitte der großen wie kleinsten Tageszeitungen, strittige und unerprobte Heil- und Schutzmittel und deren Erfolge in sensationeller Aufmachung der Allgemeinheit bekanntzumachen, wird — nach unserer Erfahrung — die Verwirrung und Unsicherheit auch in der Bevölkerung nur allzusehr gesteigert.

Darauf mag es zurückzuführen sein, daß gerade eine der wirksamsten modernen Waffen im Kampfe gegen die gefährlichste der kontagiösen

[1] Auf Wunsch der Schriftleitung.

Kinderkrankheiten in verhältnismäßig geringem Umfange in der Individualpraxis in Anwendung gebracht wird: die Masernschutzimpfung.

Die Masernschutzimpfung — darüber herrscht in der ganzen medizinischen Welt nur eine Stimme — stellt bei rechtzeitiger Anwendung eine Methode dar, die eine bereits erfolgte Infektion, im wahrsten Sinne des Wortes, im Keime zu ersticken vermag.

Die Bedeutung dieser Waffe kann erst in ihrem ganzen Umfange ermessen werden, wenn man bedenkt, daß die weitaus größte Mehrzahl der Todesopfer im Kindesalter und speziell im Kleinkindesalter auf das Schuldkonto der Masern zu buchen sind. Gemessen an deren Todesfällen halten die Masern die Tête aller akuten Infektionskrankheiten; in zahlreichen Großstädten des europäischen Festlandes sind die Masern infolge der großen Wohndichte endemisch geworden und erfordern mehr Tote als die 3 anderen kontagiösen Infektionskrankheiten: Scharlach, Diphtherie und Keuchhusten zusammengenommen (v. Pfaundler).

Dabei bleiben die Zahlenangaben der Literatur sicherlich weit hinter der Wirklichkeit zurück, da Masern nur in den wenigsten Ländern, im Gegensatz zu Scharlach und Diphtherie, meldepflichtig sind. Es starben nach L. Bernhard in Europa, mit Ausnahme Rußlands und der Balkanländer, in den Jahren 1900—1910 (zit. nach Degkwitz)

700167 Menschen an Masern,
589250 „ „ Diphtherie,
470235 „ „ Scharlach.

Auch diese Zahlen bleiben noch weit hinter der wahren Masernmortalität zurück, worauf v. Pfaundler mit Recht hinweist, da ein großer Prozentsatz der Maserntodesfälle an den Folgekrankheiten der Masern stirbt, an Pneumonie bzw. an Tuberkulose. Diese werden in den Todesstatistiken jedoch nicht unter der Rubrik Masern gebucht.

Die nähere Analyse der Maserntodesfälle zeigt, daß die größte Lebensgefährdung — darin stimmen sämtliche Literaturangaben völlig überein —, durch Masernerkrankung im 1. und 2. Lebensjahr besteht. Im 3. und 4. Lebensjahr ist die Zahl der Todesfälle schon erheblich niedriger, um in den folgenden Jahresklassen nur noch eine kaum nennenswerte Rolle zu spielen. Auf Grund eingehender statistischer Erhebungen kommt v. Pfaundler daher zu dem beachtenswerten Ergebnis, daß eine Reduktion der Masernsterblichkeit um einige 90 Proz. erzielt werden könnte, wenn es gelänge, den Masernerkrankungstermin allgemein auf das Schulalter zu verschieben.

Das Hauptkontingent der Todeskandidaten liefert das großstädtische Proletariat.

Damit sind die Kreise, die von der Masernabwehr erfaßt werden müssen, scharf umgrenzt:

Nach den Altersklassen betrachtet, sind es der Säugling nach der Halbjahreswende und das jüngere Kleinkind, kurzum das sogenannte Krabbelalter; und sozialhygienisch die Angehörigen des Armenproletariats der Großstadt und der Industriezentren. Ja, für letztere reicht das Gefährdungsalter noch weit in die nächstfolgenden Altersstufen hinein, fast bis zum beginnenden Schulalter.

Vom Standpunkt der Individualhygiene endlich, sind alle körperlich schwächlichen, dysergischen Individuen der ersten 6 Lebensjahre ebenso gefährdet, wie die Rachitiker, Rekonvaleszenten nach irgendwelchen akuten oder chronischen Krankheiten.

Wie ist die Masernabwehr zu gestalten?

Die Masern sind bekanntlich eine Erkrankung, deren Überstehen, — analog den Pocken — eine lebenslängliche Immunität hinterläßt. Gelänge es also einen spezifischen Impfstoff herzustellen, der im stärksten Gefährdungsalter, die Kinder aktiv gegen die Masern immunisierte, so wäre praktisch die Aufgabe des bleibenden Masernschutzes eindeutig gelöst.

Zahlreiche Methoden sind angegeben, die eine aktive Immunisierung gegen Masern gewähren sollen. Der älteste Versuch einer Morbilisation geht auf das Jahr 1755 zurück (Carolus Brown, Edinburgh). Nach dem Prinzip der Variolation wurde durch Einimpfung der Krankheit in die Haut Gesunder eine leicht verlaufende Maserninfektion oder völliger Schutz zu erzielen versucht. Doch sämtliche Bemühungen bis zu den jüngsten der Autoren des 20. Jahrhunderts müssen praktisch als noch nicht spruchreif, um nicht zu sagen, als gescheitert angesehen werden. Das gilt in gleichem Maße von den Verfahren Debrés in Frankreich, wie von Hiraishi und Okamoto in Japan, die eine klinisch unterschwellige Erkrankung dadurch zu erreichen suchten, daß sie originäres Maserngift in Gestalt von Masernblut subkutan in künstlich abgeschwächter Form auf Gesunde übertragen. Ähnlich ist das Vorgehen italienischer Autoren (Caronia): Versuch einer Vakzinemorbilisation mit kultiviertem oder konserviertem lebenden Material; und Sindoni, die mit phenolisierten, abgetöteten Caroniakulturen arbeitet, und ähnlich die Tunnicliff in Amerika, die Tiere wie Menschen mit ihrem angeblichen Masernerreger, einem vergrünenden Streptokokkus bzw. dessen abgetöteten Kulturen zu immunisieren versuchte. Den überaus optimistischen Angaben aller dieser Autoren stehen zahlreiche skeptische oder gänzlich ablehnende von seiten der Nachuntersucher gegenüber.

Zusammenfassend muß mit v. Pfaundler gesagt werden, der Masernschutz der Zukunft wird auf aktiver Immunisierung beruhen; die bisherigen Vorschläge dazu sind jedoch noch völlig unzureichend, bzw. unsicher und damit praktisch als gescheitert anzusehen.

Bei dem jetzigen Stande der Wissenschaft bleibt als Methode der Wahl zur Masernabwehr die passive Immunisierung. Drei Wege stehen zur Verfügung:

1. Immunisierung mit Tierserum,
2. Immunisierung mit Rekonvaleszentenserum (MRS),
3. Immunisierung mit Erwachsenenserum oder Blut.

Auch die Immunisierung mit Tierserum, um das Negative vorweg zu nehmen, ist bis heute in befriedigender Weise nicht geglückt. Zahlreiche Anstrengungen sind gemacht, um von Tieren, die mit Maserngift vorbehandelt waren, ein Schutzserum zu gewinnen. Der Einwand, daß es Spontanerkrankungen an Masern beim Tiere, außer bei gewissen Affenspezies, nicht gibt, auch nicht einmal in abgeschwächter Form, wie etwa die Pocken beim Rind, ist nicht stichhaltig; das lehrt das Beispiel der Diphtherie. Auch beim Pferd, dem Spender unseres Diphtherieheilserums, kommt eine Diphtherie oder eine analoge Erkrankung nicht vor.

Die Versuche, Schutzsera gegen Masern von Tieren zu gewinnen, — es wurden dazu Pferde, Esel, Schafe, Ziegen benutzt — gingen in Amerika von Tunnicliff aus die ein Ziegenserum empfiehlt; in Deutschland hat sich Degkwitz intensiv um die Darstellung eines wirksamen Schafserums bemüht. Das in der Ärzteschaft stark propagierte Degkwitzserum hat sich jedoch als völlig wertlos herausgestellt. Darin stimmen alle Nachprüfer überein (siehe v. Groer). Unsere eigenen Versuche hatten das gleiche negative Ergebnis.

Über das Tunnicliffsche Tierserum lauten die Berichte, aus ihrer eigenen Umgebung wenigstens, günstig, unter der Voraussetzung daß es spätestens bis zum 4. Inkubationstag injiziert wird. Diese Forderung läßt sich in der Praxis niemals, oder so gut wie niemals, verwirklichen, wenn man, wie die amerikanischen Autoren, den ersten Exanthemtag des Masernkranken bereits als den 5. Inkubationstag des Maserngefährdeten betrachtet. In Europa hat das Tunnicliffserum verhältnismäßig wenig Anwendung gefunden und ist — soweit uns Angaben darüber bekanntgeworden sind — als nicht antikörperführend nachgewiesen worden (William Gunn, London; Nobel-Orel-Baar, Wien).

Der einzig wirksame und zuverlässige Masernschutz, den wir heute in Händen haben, in Gestalt der passiven Immunisierung mittels Masernrekonvaleszentenserums (MRS) ist geknüpft an die Namen von Degkwitz und Debré. Unabhängig voneinander fanden — fast zu gleicher Zeit — Degkwitz an der Münchner Kinderklinik und Debré in Frankreich, daß die intramuskuläre Injektion von 3—5 ccm Masernrekonvaleszentenserum ungemaserte Kinder und Erwachsene mit absoluter Sicherheit vor Erkrankung an Masern schützt.

Die Dauer dieses Schutzes beläuft sich auf mehrere Monate. Es ist sogar behauptet worden, daß die durch MRS übertragene Immunität jahrelang bestehen bleiben könnte trotz wiederholter späterer Infektionsmöglichkeit. Man hat diese jahrelange Dauer des Masernschutzes durch MRS als Beweis dafür angeführt, daß es sich um keine rein passive (humorale) Immunisierung handeln könnte; es müßten sonst die mit dem Rekonvaleszentenblut übertragenen Schutzstoffe gegen Masern ja längst aus dem Organismus des Geschützten ausgeschieden sein. Wir können diese lang anhaltende Schutzwirkung des MRS nicht bestätigen. Wiederholt haben wir mit MRS immunisierte Kinder nach einem $^3/_4$ oder 1 Jahr bei erneuter Infektionsmöglichkeit an normal verlaufenden Masern erkranken sehen.

Voraussetzung für das Zustandekommen des Impfschutzes durch MRS ist die rechtzeitige Injektion; rechtzeitig: darunter ist zu verstehen, daß das Serum am 3., spätestens am 4. Inkubationstage verabfolgt wird. Kommt das MRS später zur Anwendung, so wird es nur in den seltensten Fällen zur Entfaltung einer Schutzwirkung kommen. Gewöhnlich pflegen dann die Masern „mitigiert" zu verlaufen, d. h. die Inkubationszeit ist verlängert (3 Wochen und mehr), die gesamten Erscheinungen sind abgeschwächt: Fieber, Exanthem, die katarrhalischen Erscheinungen. Zuweilen kommt es nur zu einem kurzen, etwa 3 Tage dauernden Fieber mit geringen katarrhalischen Symptomen von seiten des Nasenrachenraums und der oberen Luftwege, während das Exanthem gänzlich fehlt oder umgekehrt: es entwickelt sich ein uncharakteristisches Exanthem mit subfebrilen Temperaturen, so daß die Diagnose ohne Anamnese gar nicht zu stellen ist.

2. Voraussetzung für eine erfolgreiche Impfung ist, daß das angewandte Serum genügend Schutzstoffe enthält. Dies ist nach den empirisch von Degkwitz gefundenen Daten der Fall am 7. fieberfreien Tag. Damit geht die Herstellung eines wirksamen Impfstoffes so vor sich, daß dem Spender, der Pirquet- und Wassermann-negativ sein muß, am 7. Tag nach erfolgter Entfieberung eine bestimmte Menge Blut entnommen wird. Das abzentrifugierte Serum wird in sterile Ampullen überführt. Nach Zuschmelzen bleibt der kühl im Eisschrank aufbewahrte Impfstoff monatelang wirksam.

Das Degkwitzverfahren ist überaus einfach und zuverlässig. Sein Wert wurde, wie v. Pfaundler sich ausdrückt, in einer Flut von Publikationen bestätigt, die an der ersten Feststellung des Entdeckers so gut wie nichts geändert, nämlich kaum Nennenswertes hinzugefügt, noch etwas widerlegt haben. Es krankt jedoch an einem einzigen Fehler: der ist die Schwierigkeit der Beschaffung des MRS für den Praktiker. Selbst in einer Großstadt wie Berlin, mit hinreichend großen, stets gut besetzten Infektionsabteilungen an den öffentlichen Krankenanstalten, ist es nicht möglich, regelmäßig MRS zu beziehen.

Wegen der Schwierigkeiten der Beschaffung des MRS hat Rietschel den Vorschlag gemacht, an Stelle des Rekonvaleszentenserums frisches,

steril entnommenes Erwachsenenblut zur Masernprophylaxe zu benutzen. Diesem Vorschlag liegt die Überlegung zugrunde, daß praktisch jeder Erwachsene als masernimmun anzusehen ist, gleichgültig, ob in der Anamnese das Überstehen von Masern verzeichnet ist oder nicht. Angesichts der sicheren Ubiquität des Masernvirus hat jeder Erwachsene mit praktisch fast absoluter Gewißheit eine Immunität gegen Masern erworben, durch eine in der Kindheit überstandene Masernerkrankung (Sturmfeiung) oder aber durch die im Laufe der Jahre stattgehabten Infekte, die mehr oder weniger unter der Schwelle der klinischen Wahrnehmung verlaufen sein können (stille Feiung).

Erwachsenenblut in Mengen von 30 ccm intramuskulär injiziert, schützt ebenfalls Masernbedrohte vor Erkrankung oder aber gestaltet die Masern in ihrem Verlauf äußerst milde (mitigierte Masern, siehe oben) und komplikationslos. In etwa 50 Proz. kommt es zur völligen Unterdrückung der Erkrankung. Die mitigierten Masern, auch in ihrer leichtesten Verlaufsform, sind insofern von weitgehender Bedeutung, als sie ebenfalls eine Dauerimmunität hinterlassen. Daraus folgt, daß als Wirkung des Masernschutzes durch Erwachsenenblut die abortiven Masern günstiger sind als die völlige Unterdrückung der zu erwartenden Krankheit.

Die Anwendung des Erwachsenenblutes ist für den praktischen Arzt das Mittel der Wahl, wenn es gilt, praktisch Masernschutz zu vollführen, da erfahrungsgemäß die Eltern oder sonstige Familienangehörige außerordentlich leicht zum Spenden der notwendigen Blutmengen zu veranlassen sind.

Neuerdings hat man versucht, die Gewinnung von hochwertigem Masernschutzserum dadurch zu erleichtern, daß man durch Injektion von Masernvirus bei gemaserten Erwachsenen deren Gehalt an Schutzstoffen steigerte (Baar). Statt dessen macht Knöpfelmacher den vielleicht einfacheren und praktischeren Vorschlag, das Blut von Masernkranken als solches bei den durchgemaserten Erwachsenen zu injizieren, um dadurch die Antikörperbildung wieder anzuregen. Diese sicher beachtenswerten Bestrebungen befinden sich noch im Stadium des Probierens; ihre Fortführung und ihr Ausbau erscheint wünschenswert, solange es nicht möglich ist, die entsprechenden Tiersera darzustellen.

---

2. Der Fluor genitalis des Weibes und seine Behandlung.

Von

Dr. M. Penkert,

Dirigierender Arzt der Frauenabteilung an der Kahlenbergstiftung Magdeburg.

(Fortsetzung.)

Es schien mir wichtig, auf diese allgemeinen Verhältnisse des Scheidensekrets näher eingehen zu müssen, um so manches in der Entstehung und der Behandlung des Fluor vaginalis verständlich erscheinen zu lassen.

Der vaginale Fluor entsteht nun ganz allgemein gesagt, wenn einer der drei aufeinander biologisch abgestimmten Faktoren Scheidenwand, Flora, Säuretiter des Scheideninhalts ausfällt oder zum mindesten versagt. Grob mechanische, chemische, thermische Einflüsse können die Ursache dazu abgeben und die ganze Selbstreinigung der Scheide, den ganzen Selbstschutz, der durch das Zusammenstimmen obengenannter Faktoren sonst gewährleistet wird, illusorisch machen. Der Fluor ist daher auch in den meisten Fällen als eine Herabsetzung der Selbstreinigungskraft der Scheide anzusehen durch sozusagen endogene Infektion mit endogenen Keimen ermöglicht (O. Köster-München). Fremdkörperreize (Pessare, Okklusivpessare, gewerbliche Schädigungen, wie sie bei Wollkämmerei- und Tabakarbeiterinnen beschrieben sind) geben oft die Ursache des Fluors ab, daneben sind auch übertriebene tägliche Reinheitsspülungen oft ein Grund des Ausflusses. Es kommt ferner das Offenstehen der Scheide nach überstandenen Geburten mit schlecht vereinigten Dammrissen in Betracht, sowie endlich Tumoren der Scheide.

Neben diesen rein lokalen Ursachen des Fluors gibt es aber noch andere, die durch Störungen im Gesamtkörperhaushalt bedingt werden, durch verschiedene Allgemeinerkrankungen auf dem Boden einer gewissen körperlichen Minderwertigkeit. Bei Kindern findet sich häufig vaginaler Fluor infolge von Unterernährung, Anämie, Chlorose und Bleichsucht, bei Tuberkulose, Skrofulose, bei Verdauungsstörungen, bei exsudativer Diathese und bei Diabetes. Sehr häufig leiden Kinder bei und nach Masern und Scharlach bei Kolipyelitis und Zystitis an derartigen Ausflüssen. Dieser essentielle Fluor kann weiterhin als Reizzustand in Gefolge von Grippe, nach anginösen Zuständen usw. auftreten, wobei möglicherweise Toxine ins Scheidenrohr übertreten, die reizend auf die Epitheldecke wirken und zu Epitheldefekten führen können. Ähnlich kann auch eine Toxinresorption vom Darm aus erfolgen bei Obstipationszuständen; es sind das dann Reizmomente, die erst innerhalb des Scheidenrohres und -sekrets entstehen. Die bakteriellen Zersetzungen finden im Scheideninhalt statt, nie in den Wandungen, da sich in den kranken Wandungen nie Keime befinden, nur die bakterio-chemischen Reize schädigen die Wandepithelien. So ist es erklärlich, daß niemals eine Störung der Biochemie der Scheidenwand im Sinne einer Glykogenanomalie, sondern eine durch innere und äußere Einflüsse gesteigerte Zersetzlichkeit des Scheideninhalts die erste Grundlage des essentiellen Fluors abgibt. Biophysikalische Störungen bedingen eine erhöhte Durchlässigkeit der Genitalwände für den Gewebssaft (Menge).

Neben dem Fluor vaginalis spielt dann im Genitaltraktus weiterhin eine große Rolle der uterine Fluor. Als Ursachen finden sich hier

gonorrhoische und tuberkulöse Infektionen der Korpusschleimhaut, Endometritis nach Fehlgeburten und Geburten, Reizwirkungen durch Intrauterinpessare, ferner Karzinom und Sarkom des Corpus uteri, verjauchte und vereiterte Myome, senile Atrophie (Pyometra), Hypersekretion durch Myome und Polypen der Schleimhaut u. a. m. Ob eine Hypersekretion durch einfache unkomplizierte Verlagerung (Retroflexio) der Gebärmutter zustande kommt, ist fraglich.

Von vielen Frauen wird über stärkeren Ausfluß vor und nach der Menstruation geklagt. Während der postmenstruelle Fluor wohl als ein kurz dauernder Wundfluß nach der Menstruation infolge der Abstoßung und sich anschließenden Überhäutung der Epitheldefekte angesehen werden muß und von nervösen Individuen eine Überbewertung erfährt, kann er natürlich unangenehmer werden, wenn sich eine bakterio-chemische Reizung der Scheidenwand anschließt. Dagegen muß wohl der prämenstruelle Ausfluß als eine beachtenswerte Erscheinung aufgefaßt werden. Er ist eine Folge der durch den menstruellen Blutzufluß zu den Beckenorganen veranlaßten Transudatssteigerung, die vielleicht bei übererregbaren Personen noch verstärkt ist. Bei ihnen ist auch der sogenannte Mittelschmerz häufiger zu finden mit dem sogenannten Mittelfluß, wobei sich unter dem Einfluß des Ovulationsvorganges der Uterus intermenstruell stärker kontrahiert. Hierbei wird dann ein Schwall zervikalen Sekrets ausgestoßen, das mehr oder weniger blutig verfärbt und auch von längerer Dauer sein kann. Bei asthenischen und chlorotischen Personen, bei primärer und sekundärer Anämie infolge schlechter und unzweckmäßiger Ernährung oder zu großen körperlichen Leistungen — ähnlich wie im Kindesalter — ferner bei zu rasch aufeinander erfolgten Geburten und Fehlgeburten, bei konsumierenden somatischen Erkrankungen (Tuberkulose) usw., auch bei langdauernden Eiterungen, bei seelischen und körperlichen Erschöpfungszuständen, überhaupt bei Störungen des Stoffumsatzes infolge mangelhaften Zusammenarbeitens der inneren Drüsen u. dgl. m. kann der korporeale Ausfluß stärkere und unangenehme Formen annehmen.

Nicht allzuhäufig hören wir Klagen über besondere Feuchtigkeit der äußeren Genitalien, über den sogenannten vestibularen Fluor. Infolge der Verdunstung der Haut ist die Umgebung des Scheideneingangs im allgemeinen trocken, doch finden wir bei der Frau infolge einer gewissen Unsauberkeit öfter größere Mengen Smegma — ähnlich der Unsauberkeitsbalanitis beim Manne — auf der Haut zwischen der Klitoris und den kleinen Schamlippen, die natürlich Reizungen und kleinere Entzündungen veranlassen können. Es findet sich aber auch oft eine gesteigerte Feuchtigkeit infolge masturbatorischer Reizungen bei besonders sensiblen, leicht erregbaren Frauen und Mädchen, eine stärkere Hyperhidrosis und Seborrhöe bei vasomotorisch leichter erregbaren Personen auch nach größeren Anstrengungen. Sie können natürlich auch psychogen bedingt sein und gerade hier läßt sich wohl am allerwenigsten die psychische Komponente von der Hand weisen.

Eine andere seltenere Form des Fluor genitalis ist der tubare Fluor, der Hydrops tubae profluens, der praktisch keine Rolle spielt; er soll sich äußern in Form eines plötzlich einsetzenden und von Zeit zu Zeit wiederholenden Ausflusses und Abflusses eines ungehörigerweise aufgestauten physiologischen Tubensekrets, der aber anscheinend von den allerwenigsten Gynäkolgen jemals gesichtet worden ist. Eingehen will ich hier nicht auf die krankhaften Tubenflüsse, die durch Tumoren (Ca. tubae) Entzündungen und Verwachsungen bedingt sind und mit dem eigentlichen Fluorproblem nichts zu tun habe.

Es wäre noch etwas über den zervikalen Fluor zu sagen. Er kommt wohl in der Hauptsache bei gonorrhoischen Infektionen vor und bei Störungen im Gefüge der Zervix, wie sie nach Geburten sich finden, bei mehr oder weniger tief gehenden Einrissen und Lazerationen der Cervix uteri oder bei der spindligen Auftreibung der Zervix, die bei narbiger Verengerung des äußeren Muttermundes oder chronischen Entzündungen des Scheidenteiles der Gebärmutter beobachtet wird.

Viel umstritten ist zum Schluß die Frage des psychogenen Ausflusses. Es unterliegt wohl keinem Zweifel, daß bei pathologischer Neurolabilität, die sich ja besonders häufig im System der vasomotorischen und sekretorischen Nerven kundgibt, ein derartiger Ausfluß bestehen kann (v. Jaschke). Nach A. Mayer kommt ein psychogener Fluor als Hypersekretion im Genitaltraktus zustande infolge psychischer Einflüsse. Angstgefühl vor Krebs oder Ansteckung, Vorstellungen sexuellen Inhalts, Protest gegen bestehende Minderwertigkeit bei Sterilität, Abneigung gegen den Sexualverkehr, auch Konflikte zwischen primitivem Sexualtrieb, Mutterschaftstrieb und Moral können die Wurzel des psychogenen Fluors bilden. Nach den in dieser Richtung vorgenommenen Untersuchungen wäre es heutzutage widersinnig über das tatsächliche Vorkommen des psychogenen Fluors zur Tagesordnung einfach übergehen zu wollen!

Das Problem des Fluor genitalis ist nach den vorangehenden Ausführungen ein unendlich großes und umfassendes und demnach auch das Problem der Fluorbehandlung, die nach den allgemeinen und lokalen Ursachen im großen und ganzen in Angriff zu nehmen ist.

Es ist selbstverständlich, daß die Behandlung des Fluor genitalis nur eine kausale sein kann, daß man vor Eintritt der Behandlung sich genau über die Ursachen des Fluors informiert und erst dann seinen Plan entwirft.

Bestehen irgendwelche Geschwülste der Scheide, Karzinom der Wandungen, Zervixkarzinome, Polypen der Zervix, oder Tumoren des Uterus, die einen Fluor bedingen, wie zerfallende Myome, ge-

stielte polypöse Myome, Sarkome, Karzinome oder dgl. m., eine Pyometra oder weiterhin Tumoren der Tube, Karzinom usw., die einen tubaren Fluor hervorrufen, so ist es ganz natürlich, daß man diese Grundursachen durch operative Eingriffe oder in einzelnen Fällen durch Radium-Mesothorium- oder Röntgentiefenbestrahlung angeht und dadurch den mehr oder weniger scheußlichen Ausfluß beseitigt. Die durch Fremdkörper, wie Pessare, Sicherheitspessare, Schwämmchen und sonstige fremdartige Gegenstände in der Vagina oder dem Uterus hervorgerufene Absonderung kann nur durch Entfernung dieser Dinge gebessert und völlig beseitigt werden, nur durch Abheilung der durch diese Körper entstandenen Scheidenwandverletzungen, Geschwüre und Wandschädigungen verschwinden.

Der vestibulare Fluor, der wie schon erwähnt in einer Hyperhidrosis und Seborrhoe der Gebiete um den Scheideneingang herum besteht, und sich vielfach bei neurolabilen Frauen und Mädchen findet, läßt sich verhältnismäßig einfach beeinflussen. Es ist hierbei wichtig, sich auch mit der Psyche des betreffenden Individuums zu beschäftigen, da es oft gelingt auf diesem Wege auf die lästigen und vielfach leicht übersehenen Beschwerden günstig einzuwirken. Im übrigen kann man hier durch Sitzbäder und Einpuderung der äußeren Genitalien, sowie in manchen Fällen durch Betupfen mit 2 Proz. Lapislösung gute Erfolge erzielen. Nach der Betupfung mit der Lapislösung habe ich die Trocknung der feuchten und benetzten Haut durch heiße Luft mit dem Föhn sehr angenehm empfunden, wie überhaupt auch die einfache Behandlung des vestibularen Fluors mit dem Föhn ausgezeichnet ist und auch bei der Behandlung von Intrertrigo und von Ekzemen der äußeren Genitalien aufs wärmste empfohlen werden kann. Neuerdings habe ich bei geschwürigen Prozessen und durch Fluor bedingtem Wundsein und Ekzemen der äußeren Genitalien ohne spezifische Ursachen auch gute Erfolge von Verwendung der Desitin- und vor allem Lyssiasalbe gesehen.

Es ist nicht zu leugnen, daß bisweilen eine nur die Genitalsphäre betreffende Schwäche des Gesamtorganismus besteht und einen Ausfluß erzeugen kann. So muß man annehmen, daß der Fluor in solchen Fällen sich meist auf die Pubertätszeit beschränkt und daß dieser vielleicht auch dem im klimakterischen Alter so häufig zum Vorschein kommenden parallel zu setzen ist. Sowohl beim Sicheinspielen der Menses als auch bei ihrem Erlöschen kann der Gesamtorganismus weit mehr beteiligt sein, als man gemeinhin annimmt. Es ist selbtverständlich, daß man eine lokale Behandlung dieses Fluors vermeiden muß und daß man bei der lokalen Behandlung keinerlei ausreichende und anhaltende Erfolge erzielen wird. Besonderer Wert ist in diesen Fällen namentlich bei den Virgines auf allgemeine körperliche Behandlung zu legen.

Es muß auch an dieser Stelle darauf hingewiesen werden, daß durch sogenannte Reinheitsspülungen nicht nur Fluor erzeugt, sondern auch infolge ständiger Reizungen der Scheide dauernd unterhalten wird. In solchen Fällen wird die Patientin überrascht sein, wie leicht und schnell durch einfaches Unterlassen der sogenannten Reinheitsspülungen der angeblich lästige Ausfluß verschwindet.

Schon oben ist gesagt worden, daß sich häufig Fluor genitalis bei Infektionskrankheiten findet, daß bei Angina, Grippe, Scharlach, Masern quälende Ausflüsse vorkommen, die natürlich mit der Ausheilung der Krankheit und mit der Kräftigung des Gesamtorganismus ohne besondere lokale Therapie wieder verschwinden können. Auch bei Rheumatismus, bei längerem Liegen infolge Darniederliegens der allgemeinen körperlichen Funktionen kann der normale Scheideninhalt krankhafte Formen annehmen und durch Transsudaterhöhung und Vermehrung sich unangenehm bemerkbar machen. Daß dabei natürlich auch einmal gründlich vaginal untersucht werden muß, oder jedenfalls eine genauere Untersuchung der Genitalien erforderlich ist, sollte selbstverständlich sein, um nicht wie ich es leider bei einer Schwester, auf deren Ausfluß während eines langen Rheumatismuskrankenlagers nichts Besonderes gegeben wurde, erleben mußte, ein Karzinom der Zervix zu übersehen, das inoperabel geworden, aber ausnahmsweise auf Jahre hinaus doch noch erfolgreich mit Radium- und Röntgenbehandlung angegangen werden konnte.

Auch bei dem durch Verdauungsstörungen, Verstopfungen u. dgl. bedingten Fluor, bei Erkrankungen an Zysto-Pyelitis, ist eine lokale Behandlung des Ausflusses meist nicht erforderlich, ebensowenig ist sie angezeigt bei Erkrankungen an Tuberkulose und Skrofulose mit sekundärem Fluor, der nicht lokal, sondern durch eine allgemeine Diathese bedingt ist. Die Allgemeinbehandlung der Grundkrankheit ist hier die Hauptsache, mit deren allmählicher Besserung und Heilung dann auch der Fluor verschwinden wird. Etwas anderes ist es natürlich, wenn im Gefolge von Tuberkulose die inneren Genitalien erkranken, wenn sich Entzündungen der Tuben und des Endometriums mit Tuberkelbildungen und Verkäsungen entwickeln, wenn dadurch ein dauernder Ausfluß unterhalten wird. Dann ist selbstverständlich auch eine Lokalbehandlung erforderlich, entweder Operation und Entfernung der erkrankten Teile oder, was wohl heutzutage mehr Anwendung und Beachtung gefunden hat, Röntgentiefenbestrahlung der erkrankten Partien, die recht gute Erfolge aufzuweisen hat.

So kommen wir im Anschluß hieran zu dem auf konstituioneller Basis beruhenden Fluor vaginalis und genitalis. Wenn eine allgemeine körperliche Insuffizienz besteht auf dem Boden einer Unterentwicklung und Unterernährung, mit primärer oder sekundärer Anämie und Chlorose,

so wird man hier vielfach bei Virgines oder jungen Mädchen beim Eintritt in die Pubertät oder kurz danach konsultiert, wobei die hauptsächlichsten Klagen über ständigen, lästigen, weißlichen bis gelblichen Fluor vorgebracht werden. Erst die genaue allgemeine körperliche Untersuchung zeigt uns die mannigfachen Anzeichen körperlicher Schwäche und Unterentwicklung. Nicht nur einen verstärkten Ausfluß gibt es hier, sondern auch Unregelmäßigkeiten und Verstärkungen der Menses, viel Kopfschmerzen, Migräne, dysmenorrhoische Beschwerden der mannigfachsten Art. Hier ist in der Behandlung Eisen in erster Linie, besser eine Kombination mit Arsen am Platze, hier die verschiedensten Kräftigungsmittel auf der Basis der Eisenarsenverbindungen, mit denen ja heute der pharmazeutische Markt überschwemmt wird. Vor allem scheint hier auch eine intensive Lebertranbehandlung am Platze, daneben noch die neuerlichen vielfach und mit ausgezeichnetem Erfolg verwandten Leberpräparate (Hepatrat liq. oder -bohnen), die Leberdiät in mehr weniger reichlicher Form. Allgemeine Kräftigung, gute und reichliche Ernährung, teils Ruhe in guter Luft, Höhenluft und Sonne, teils auch mäßige sportliche Betätigung, vor allem Schwimmen, heben den allgemeinen Ernährungszustand und bessern die mangelhaft angelegte Konstitution, und damit auch den lästigen Fluor. Es ist besonders bei Virgines eine lokale Behandlung auch hier nicht am Platze und sollte am besten immer unterbleiben, sie ist dagegen vielfach erforderlich bei deflorierten und geschlechtlich verkehrenden weiblichen Personen mit allgemein konstitutionellen Störungen, da hierbei ja infolge Schädigung der Wand besondere Umstimmungen im Scheidensekret außerdem noch vorkommen und einen harmlosen Fluor in einen weniger harmlosen verwandeln können.

Bei Hypovarie d. h. einer Unterfunktion der Eierstöcke, infolge Unterentwicklung derselben, findet sich häufig auch ein Fluor, der ja auch ähnlich dem bei allgemein herabgesetzter Konstitution zu sein scheint. Auch ihn sollte man lokal kaum behandeln, doch finden sich heute mehrfach Stimmen, darunter Bucura, die einer Diathermiebehandlung das Wort reden, daneben und damit kombiniert aber auch eine hormonale Behandlung, auch Yohimbin u. dgl. vorschlagen. Auch bei Myxödem ist abnormer Fluorabgang beobachtet, der erfolgreich mit Schilddrüsensubstanz — innerlich gegeben — behandelt worden ist, eine Therapie, die bei dieser Erkrankung absolut berechtigt erscheint.

Da von manchen Autoren der Fluor als eine Folge übergeordneter Schädigung, besonders des innersekretorischen Drüsensystems angesehen wird und das Ovarium in seinen Funktionen in gewissen Beziehungen zur Hypophyse steht, dieser regulatorisch unterstehen soll, so empfiehlt Werner Röntgenbestrahlungen der Hypophyse, die ihm in 46 von 72 Fällen ohne lokale Therapie Besserung brachte. Zu bemerken war dabei allerdings, daß die Änderung des Bakteriengehalts der Scheide dem Reinheitsgrad nicht parallel ging. Auch Thaler glaubt einen entfernten Zusammenhang zwischen Ovarialfunktion und mikrobiologischer Beschaffenheit des Vaginalsekrets unbedingt anerkennen zu müssen. Da von ihm unter 72 Frauen mit Amenorrhoe 53 mit abnormem Scheidensekret gefunden wurden, so schließt Thaler daraus, da ja die Amenorrhöe auf ovarieller Basis sich entwickelt und fraglos als Folge einer ovariellen Störung angesehen werden muß, außerdem bei Frauen mit höchstwahrscheinlich auf ovarieller Basis entwickelten Menstruationsstörungen abnorme Scheidenfloren mit ungleich größerer Häufigkeit anzutreffen sind, daß das Ovarium die Mikrobiologie der Scheide wesentlich beeinflußt. Aus dieser Folgerung heraus wandte er bei der Amenorrhöe Röntgenschwachbestrahlungen an mit wesentlicher Besserung des Fluors.

Auf einen möglichen Zusammenhang der Kolpitis granularis und emphysematosa, welche er als eine durch Versagen der natürlichen Schützkräfte der Vagina bedingte Entzündung der Scheide (mit hormonalen Störungen) ansieht, weist ferner Kermauner hin, da er diese Erkrankung besonders bei Amenorrhöe, bei hypophysärer Fettsucht und im Klimakterium fand, also bei Erkrankungen und in einem Lebensalter, bei denen die Eierstocksfunktion nicht oder nicht mehr auf der Höhe ist und mehr oder weniger erhebliche Störungen aufweist. Es gelang ihm daher auch diese Art der Scheidenerkrankung und des Fluors mit Organpräparaten (tägliche Injektionen von 1 ccm Pituisan) nebst örtlicher Behandlung mit reinem Holzessig erfolgreich zu beeinflussen.

Während wir uns bisher mit der Behandlung des auf der Basis allgemeiner, konstitutioneller und hormoneller Körperstörungen beruhenden Fluor geniatalis, mit den selteneren Formen des Fluors befaßt haben, kommen wir nun zu dem bei weitem häufigsten, dem eigentlichen Fluor vaginalis, der den Arzt am meisten beschäftigt und der auch in der Behandlung die größten Probleme zu lösen aufgibt.

Es liegt nahe, daß man zur Beseitigung des Ausflusses von jeher die Ausspülung der Scheide herangezogen hat, daß man durch sie eine Reinigung der Scheide von dem angesammelten übermäßigen Sekret, von dem mehr weniger pathologischen Inhalt herbeizuführen suchte. Darauf sind die sogenannten Reinheitsspülungen zurückzuführen, die von manchen Frauen oft aus übertriebener Reinlichkeit gemacht werden, die natürlich als etwas Anormales die Seidenschleimhäute auf Dauer reizen und nun erst recht den Ausfluß für die meist überängstlichen Frauen zur Krux machen, zu ständiger Beunruhigung führen und das labile Nervensystem dieser Frauen schwer schädigen. Vorsichtig ausgeführte Scheidenspülungen mit abgekochtem Wasser, mit etwas Kochsalzzusatz oder mit Kamillentee tragen wesentlich zur Reinigung der Scheide bei, können aber

auf Dauer den Fluor nicht beseitigen, sie sind im allgemeinen harmlos und können keinerlei Schaden in der Scheide anrichten, sie sollten als reine Reinigungsspülungen nicht täglich, sondern nur ab und an nach den Menses oder nach dem Verkehr zur Säuberung von danach noch zurückgebliebenen Beschmutzungen ausgeführt werden. Unzählig ist die Menge der zur Spülung verwandten Mittel, der zum Spülwasser zugesetzten Medikamente. Am gebräuchlichsten und besten sind wohl noch immer die Spülungen mit Soda oder Alaun (ca. 1 Teelöffel auf 1 Liter warmes abgekochtes Wasser) welch letzteres Mittel ebenso wie die essigsaure Tonerde leicht adstringierend auf die Schleimhaut einwirkt und vorhandenen Schleim fällt. Daneben werden vielfach Spülungen mit Kali hypermang., mit Cupr. sulf., mit Zinc. chlorat. oder Zinc. sulf. verwandt, die aber alle mehr oder weniger reizend auf die Scheidenwände wirken und meist doch nicht zu einer Heilung des Ausflusses führen. Besserungen werden fraglos durch alle diese Spülmittel erzielt, doch kommen die mehr oder weniger lange Zeit behandelnden Frauen nach anfänglicher Besserung des Flusses meist bald mit ihren alten Klagen wieder, mit Beschwerden, daß sich der Ausfluß von neuem verschlimmert habe und die Spülungen auf Dauer keinen Erfolg hätten. Hier tritt außerdem die Frage auf, soll der alte Irrigator oder lieber die Gummiballonspritze „Frauenheil" oder wie diese Dinger heißen, verwandt werden. Wenn überhaupt Spülungen verordnet und gutgeheißen werden, so soll man sich am besten doch des Irrigators mit einem auskochbaren Gummirohr und gläsernen Spülansatz bedienen und den gefüllten Irrigator nur etwa $^1/_2$ m hochheben, um einen zu starken Druck, ein Hineinspritzen der Spülflüssigkeit in den Uterus zu vermeiden, wobei es außerdem sehr ratsam ist, das Spülen in liegender Stellung auf einer Bettpfanne oder dgl. vornehmen zu lassen und das Spülrohr nicht zu weit in die Scheide, nicht bis an die Gebärmutter hereinfahren zu lassen. Wie häufig sind durch solch unzweckmäßige Spülungen schon Einspritzungen in die Uterushöhle und die Tuben gemacht, wie oft haben sich daran schon peritoneale Reizerscheinungen, Beckenbauchfellentzündungen und Eiterungen angeschlossen! Von den Gummiballonspritzen rate ich ab, da infolge des oft sehr stark ausgeführten Zusammenpressens der Inhalt zu heftig gegen oder in den äußeren Muttermund gespritzt wird, oder weil das Herausspritzen der Flüssigkeit oder Wiedereinsaugen zu öfteren Malen eine sehr unhygienische unsaubere Sache ist. Meist tragen auch die mehr oder weniger stumpfen Ansatzstücke — abgesehen von den an der Peripherie angebrachten Löchern — noch ein zentrales Loch, so daß dann gewöhnlich am Muttermund anliegend die Flüssigkeit mit hohem Druck direkt in den Uterus hineinspritzt. Von den spitzen Ansätzen will ich ganz absehen, da sie eigentlich ja nur zur Abtreibung bestimmt sind und dazu bei freier Unterweisung über die Abtreibetechnik mit verabfolgt werden! Jedenfalls habe ich nach den Spülungen und Ausspritzungen mit den beschriebenen Gummiballonspritzen schon sehr viel schwere und schwerste Schädigungen gesehen, so daß ich dringend vor dem Gebrauch warnen muß und in gerichtlichen Obergutachten immer gewarnt und diese Spritzen als gesundheitsschädigend und unverantwortlich hingestellt habe!

Auf die 5 Proz. Milchsäurespülungen komme ich weiter unten zu sprechen.

Bewährt haben sich Thaler Salizylsäurespülungen, durch die auch die Vegetation der Scheidenbazillen gefördert wurde (1 ccm 5 proz. alkohol. Salizylsäurelösung auf 1 l Wasser, oder von einer Lösung Salizylsäure 1 Resorzin 3 Alkoh. abs. 10—15 ccm auf 1 l Wasser).

Fernerhin sind gute Erfolge berichtet über Spülungen mit Chloramin oder Gyneklorina Heyden (Maas, Kaufmann, Heidler), was ich auch an einem großen Material bestätigen kann. Die Verwendung namentlich der Gyneklorinatabletten ist außerordentlich einfach und angenehm, wobei das bei der Spülung abgespaltene Chlor entschieden eine außerordentlich günstige Wirkung auf die Vernichtung mancher für die Scheidenflora ungünstiger und zersetzend wirkender Bakterien ausübt. Spülungen mit Lysoform sind außerordentlich verbreitet, doch haben sie im allgemeinen nicht die Wirkung, die man ihnen gern zuschreiben möchte. Nebenbei wirkt fraglos das darin enthaltene Formalin in konzentrierter Form, was leicht einmal vorkommen kann, ziemlich reizend auf die Scheidenschleimhaut, abgesehen von den Schmerzen, die es ab und an bei Wundsein der äußeren Genitalien verursacht.

Es sind in früherer Zeit vielfach Scheidenspülungen mit Sublimatlösungen gemacht worden. Sie wurden wieder verlassen von den meisten Autoren, da man bisweilen schwere Reizungen der Scheidenschleimhaut beobachten konnte und auch Fälle vorgekommen sind, in denen Vergiftungsversuche durch Einführen einer oder mehrerer Sublimatpastillen in die Vagina unternommen wurden, die in einzelnen Fällen durch Resorption des konzentrierten Sublimats von der Scheidenschleimhaut aus nach dem benachbarten Rektum zu schwerer diphtherischer Entzündung der Schleimhäute, ja sogar zum Tode geführt haben. Neuerdings nun berichtete Nolte aus der Hebammenlehranstalt Breslau: "Die Tatsache, daß ein chronisch spezifischer gonorrhoischer Fluor von einem nicht spezifischen in den letzten Wochen der Gravidität nicht zu unterscheiden sei, habe ihn veranlaßt bei allen Fällen die gleiche Therapie einzuschlagen, nämlich täglich 2 mal mehrere Wochen vor der Geburt Sublimatscheidenspülungen 1:2000. Nach 2—4 Wochen konnten die Spülungen bei 95 Proz. abgesetzt werden, selbst die Rezidive kamen dabei zur Aus-

heilung, während mit Mianin oder reinem Wasser weit schlechtere Resultate erzielt werden konnten." Es ist ja auffallend, wie günstig oft auch nach meiner eigenen Erfahrung eine Sublimatspülung in der angegebenen Form wirkt, vielleicht noch besser bei der schwangeren Frau, doch möchte ich auch wie verschiedene Diskussionsredner zu dem Vortrage (u. a. Geller) warnend meine Stimme dagegen erheben, da zu leicht Epithelschädigungen durch das Sublimat auftreten und dann dadurch eine mehr oder weniger starke Absorption des Giftes von der Scheide aus eintreten kann.

(Schluß folgt.)

Anfragen aus dem Leserkreis.

1. Wie ist die Prognose bei Aortitis luica zu stellen?

Von

Geh.-Rat Prof. Dr. **Heinrich Rosin.**

Ungefähr 80 Proz. der Erkrankungen an tertiärer Lues fallen auf das Gefäßsystem. Der erste Anfang dieser Erkrankung macht sich fast ausnahmslos zuerst an der Aorta geltend. Ihre Wand erkrankt in der Form der Mesaortitis, eine Enarteriitis gesellt sich hinzu und von dort geht der Prozeß einerseits rückläufig auf die Klappen der Aorta, zuweilen auch noch weiter ins Endokard, andererseits vorwärts über das ganze Arteriensystem bis in die Kapillaren hinein; eine schwere allgemeine Arteriosklerose, namentlich des Hirns und der Nieren ist nicht selten die Folge.

Die Prognose richtet sich nach der Malignität der Erkrankung und nach der Anwendung und Wirksamkeit der therapeutischen Maßnahmen.

Die Malignität der tertiären Gefäßlues ist wiederum abhängig von mehreren Faktoren. Erstens gibt es Individuen, die weniger relativ immun sind gegen den syphilitischen Prozeß als andere. Nicht selten bekanntlich kommen die tertiären Prozesse so rasch nach den sekundären und so bösartig, daß es schwer hält, durch kräftige Therapie Hilfe zu leisten. Andere Fälle vertragen wiederum keine energische Therapie und sind dann schwerer Gefäßerkrankung ausgestzt. Zweitens aber hängt die Schwere der Gefäßerkrankungen ab von der Zeit, die verstrichen ist, bevor die Erkrankung erkannt worden ist. Noch immer gibt es zahlreiche tertiäre Luesfälle, die unerkannt dahinleben. Der Grund liegt darin, daß die Patienten in der Jugend ihre Infektion nicht beachtet haben; der Primäraffekt sitzt anscheinend zuweilen in der Harnröhre oder an verborgener Stelle sonstwo und die sekundären Effloreszenzen der Haut und Schleimhäute sind allzu gering. Hin und wieder sind die therapeutischen Maßnahmen im primären und sekundären Stadium so ungenügend durchgeführt worden, daß die Lues weiterbesteht. Wenn in solchen Fällen die Lues jahrzehntelang den Körper beherrscht, wenn auch in latenter Form, so kann sie dann in ihrem tertiären Ausbruche sehr schwer verlaufen, ähnlich wie die maligne Form.

Es ergibt sich für die Prognose hieraus folgendes: Wird die tertiäre Lues rechtzeitig erkannt, solange sie noch in der Aorta allein sitzt und hat sie dort keine erheblichen Aneurysmen verursacht, sondern nur mäßige Dilatationen, sind die Aortenklappen intakt, die Nieren gesund, der Blutdruck nur mäßig erhöht, d. h. unter 190 etwa maximal, so ist bei gründlicher Therapie die Prognose günstig und der Prozeß zum Stillstand zu bringen. Eine leicht erweiterte Aorta kann gut ertragen werden, auch wenn ihr Querschnitt etwa bis zu 8 cm geht. Man behandelt gründlich mit Jod, Bismutsalzen und Salvarsantherapie.

Schlechter ist die Prognose, wenn die so häufige luisch-arteriosklerotische Aorteninsuffizienz eingesetzt hat. Doch kann auch hier bei geeigneter Therapie der Lues und bei Diätetik des Herzfehlers die Kompensation gut aufrechterhalten und das Leben verlängert werden.

Schlimmer ist die Prognose bei zerebraler Gefäßlues. Die Gefahr der Apoplexien, der Erweichungsherde die Kombination mit der Taboparalyse verschlechtert hier die Prognose erheblich.

Am schlimmsten steht es mit der malignen Nephrosklerose, jener primären arteriosklerotischen, die so häufig durch Lues erzeugt wird.

In solchem Sinne ist die Prognose der Aortitis luica aufzufassen, sie hängt also ab neben dem Widerstand der Aortenwand gegen allzu große Erweiterung und Aneurysmenbildung vom Fortschreiten des Prozesses auf das übrige Gefäßsystem.

Die Wassermannsche Reaktion für Erkennung der luischen Grundlage all dieser Prozesse, besonders in ihren Modifikationen ist von wesentlicher Bedeutung. Doch tut man gut, auch bei negativer Reaktion, aber manifesten tertiärluischen Gefäßveränderungen, doch die obengenannten antisyphilitischen Kuren zur Besserung der Prognose anzuwenden.

---

2. Wie behandelt man den Menièreschen Symptomenkomplex?

Von

Prof. **A. Bruck** in Berlin.

Ehe man an die Behandlung des Menièreschen Symptomenkomplexes geht, muß man sich zunächst einmal über die Wertung des Krankheitsbildes im klaren sein und vor allem entzündliche bzw. entzündlich-eitrige Ohraffektionen ausschließen, die das Übergreifen des Prozesses vom Mittelohr

auf das innere Ohr durch labyrinthäre Symptome à la Menière — Schwindel, Ohrensausen, Übelsein oder Erbrechen und zunehmende Schwerhörigkeit — ankündigen. Hier kommt unter Umständen sofortiges Eingreifen (Labyrintheröffnung) in Frage, wovon bei dem echten Menièreschen Komplex nicht die Rede sein kann. Bei diesem wird man wiederum zwischen leichten bzw. unvollständig ausgeprägten und schweren Fällen unterscheiden, welch letztere geradezu apoplektiformen Charakter tragen, und weiterhin einen Unterschied machen zwischen dem einzelnen Anfall und dem darauf folgenden Zustand bzw. dem Intervallstadium zwischen zwei Anfällen. Ein zweiter Anfall kann nämlich schon nach einigen Tagen, mitunter allerdings erst nach Monaten und Jahren auftreten, wobei sich unter Schwindel und Erbrechen die subjektiven Ohrgeräusche verschlimmern und die Schwerhörigkeit bis zur völligen Ertaubung steigert. Übrigens fehlt es nicht an Fällen, in denen sich bereits nach der ersten Attacke rasch vollständige Taubheit einstellt.

Die Ätiologie ist in den meisten Fällen dunkel. Vielleicht handelt es sich um Blutungen in das innere Ohr, um exsudative Vorgänge im Anschluß an Nephritis, Syphilis, Leukämie oder perniziöse Anämie.

Die Behandlung des Anfalls erfordert möglichst Bettruhe — am besten in Rückenlage mit leicht erhöhtem Kopf; schon eine geringe Bewegung, Aufrichten im Bett kann Schwindel und Erbrechen auslösen. Kalte Umschläge oder Eisblase auf den Kopf, Einschränkung der Nahrung, Vermeidung von erregenden Getränken (Alkohol, Kaffee). Brompräparate, Validol, bei schweren Anfällen Pantoponinjektionen. Nach Ablauf der stürmischen Erscheinungen muß unter allen Umständen sofort eine energische Schwitzkur mittels Pilokarpineinspritzung eingeleitet werden. Rp. Pilocarpin. muriat. 0,2 Aq. destill. 10,0; man injiziert subkutan jeden zweiten Tag, zunächst eine halbe, später eine ganze Spritze, stets im Bett. Der Schweißausbruch setzt, besonders wenn der Patient gut eingehüllt ist, oft schon nach wenigen Minuten ein, zugleich mit mehr oder minder starker Speichelabsonderung. Man gibt mindestens 12, vielfach bis zu 24 Injektionen. Bei schwächlichen oder alten Personen Vorsicht! Hier versucht man, falls Pilokarpin nicht vertragen wird, durch Packungen oder warme Bäder von 36—37° C zum Ziel zu kommen. Später Jod, für sich oder mit Brom zusammen (Jobramagtabletten). Leider läßt der Erfolg vielfach zu wünschen übrig, wenn auch Schwindel und Erbrechen meist bald schwinden — übrigens gewöhnlich spontan.

Eine örtliche Behandlung (Luftdusche, Vibrationsmassage usw.) hat kaum nennenswerte Aussichten; im Anfall ist sie streng zu meiden.

---

3. Welche objektiven hysterischen Stigmata sind heute wissenschaftlich anerkannt?

Von

Paul Bernhardt in Berlin.

1. „Objektiv" gleich pathognomonisch im herkömmlichen Sinne: Gar keine. — (Der Anfragende schreibt dazu, ob es z. B. prozentuale Angaben über das Fehlen des Würge-, Binde- und Hornhautreflexes beim Gesunden gäbe?) Nein! und sie sind auch undenkbar. Ausfall ersterer beider kommt aber sicher als Varietät bei Gesunden vor.

2. „Ob es hysterische Areflexie der Knie- und Achillessehnenreflexe gäbe?" Antwort: Diese niemals!

3. Hysterie ist wesentlich keine Krankheit, sondern eine jeweils besonders gesteigerte, in der allgemeinen menschlichen Veranlagung gegebene Reaktionsbereitschaft. Jeder Mensch ist suggestibel, also wenn man es so nennen will bis zu einem gewissen Grade hysterisch.

4. Die mannigfaltigen oft wechselnden psychogenen (hysterischen) „Stigmata" entstehen — unbeschadet einer noch zu erwähnenden Einschränkung — reaktiv aus einem verstärkten Vermögen, seelische Vorgänge in körperlichen Störungen zum Ausdruck zu bringen, als Folge angeborener oder durch Mißerziehung und Schicksal anerzogener überdurchschnittlicher Suggestibilität.

5. Wenn gewohnheitsmäßig dieses Vermögen halbbewußt als Mittel zu einem Zweck ausgenutzt wird, so haben wir den wichtigsten Bestandteil des hysterischen Charakters. Von dieser Seite her überhaupt die Hysterie begrifflich zu bestimmen, sind namentlich Gerichtsärzte, Unfallgutachter usw., also die Ärzte geneigt, deren Menschenmaterial von „einer Flucht in die Krankheit" besonders leicht Vorteile erwarten kann.

6. Wie aber dieser Defekt des Gesundheitsgewissens (Kohnstamm) nicht der einzige, ja nicht einmal ein ausnahmslos und unbedingt notwendiger Bestandteil der Hysterie ist, ebensowenig gilt das von jenem als Ganzes typischen Beieinander anderer schlechter (hier nicht zu behandelnder) Eigenschaften, das als sogenannter hysterischer Charakter wohl- oder vielmehr übelbekannt ist. Der Anstaltspsychiater nimmt — wieder aus Gründen des ihm vorzugsweise zufließenden Materials — gern von daher die besondere grelle Farbe zu seinem Bilde von der Hysterie (vgl. auch Moerchen, diese Zeitschrift 1929 Nr. 21).

Indessen kann selbst der ausgesprochene Hysteriker ein hochwertiger, leistungsfähiger und sogar zuverlässiger Mensch sein.

7. Der Praktiker wiederum meint oft noch, die Hysterie von der Seite der Stigmata her fassen

zu können. Demgegenüber gilt die Regel: Keine positive oder mindestens keine nur positive Diagnose der Hysterie, zumal wenn nicht eine einwandfreie eindeutige psychogene Ursächlichkeit aufzudecken ist! Außerdem vermeide die beliebte Vermengung von „Hysterie“ und anderen Psycho-Neurosen! Beachte, daß organischer Krankheit hysterische Erscheinungen oft aufgesetzt sind, z. B. einem Hirntumor, einer Syringomyelie und fast mit Regelmäßigkeit der multiplen Sklerose!

Es ist verhältnismäßig leicht, dasjenige Syndrom als sicher organisch zu qualifizieren, welches für die Erkrankung der kortico-bulbo-spinalen (Pyramidenbahn) und der peripher-nervösen Apparate spricht. Die Schwierigkeit wird aber viel größer, wenn wir es mit Symptomen von strio-pallido-thalamischem Charakter zu tun haben. Denn letzteres Syndrom ist erstens in den Reaktionen des gesunden Organismus verankert, so daß wir zu demselben keine Symptome rechnen dürfen, welche auch bei Gesunden nicht „gelegentlich“ vorkommen können. Ferner, auch wo es als zweifelsfreie Folge groborganischer Veränderung auftritt, ist es vom Seelischen her stark beeinflußbar und ihm verschwistert: man denke nur an jugendliche Postenzephalitiker!

8. Hysterische Sensibilitätsstörung: Ihr positives Merkmal ist ihre große Wandelbarkeit, unter Umständen auch die Möglichkeit, sie wegzusuggerieren. Darum darf niemals irgendeine Untersuchung mit der Sensibilitätsprüfung beginnen. Es gibt manchmal förmliche kleine Pavillonepidemien hysterischer Hypästhesien, — über denen dann gern organische Krankheiten übersehen werden — „weil einige junge Famuli, in der Freude ihres Herzens die Symptome dieser interessanten Krankheit untersuchen zu können, sie ausgiebig suggeriert haben“ (Lewandowsky).

Hyp- und Anästhesien — im Gegensatz zu Kopf- und anderen Schmerzen — sind der Neurasthenie fremd. Organische Empfindungslähmungen stören die Funktion: Die hysterisch-anästhetische Hand schreibt, spielt Klavier. Nur eine hysterische Hemianästhesie schneidet wirklich scharf in der Mittellinie des Körpers ab. Nur hysterische zirkuläre Anästhesien sind durch kreisrunde „Amputationslinien“ von den normal empfindenden Hautpartien getrennt; organische haben dagegen nervenperipherische oder radikuläre Areale. Die Unterscheidung ist übrigens nicht immer leicht.

Warum sich die Suggestibilität des Hysterikers gerade mit Vorliebe in umschriebener Aufhebung oder Herabsetzung des Empfindungsvermögens äußert, ist rätselhaft; ebenso wie das kulturhistorisch gewordene Fehlen der Blutung bei tiefen Nadelstichen, jenes „untrügliche Hexenzeichen“ des berüchtigten „Hexenhammers“. Mir waren oft erstaunlich die anlagemäßigen ausgebreiteten Hyp- und Analgesien gewisser Schwerverbrechernaturen. Also irgendeine Schablone muß im Nervensystem wohl für diese Dinge bereit liegen trotz ihrer Abhängigkeit von der Suggestion.

9. Dasselbe gilt von der konzentrischen Gesichtsfeldeinschränkung. Ihre Röhrenform und Dyschromatopsie spottet der Grenzen, speziell der Farbengrenzen, des normalen Gesichtsfeldes. Menschen mit höchstgradiger Einengung können sich außerhalb der perimetrischen Untersuchung meist — nicht immer — vollkommen sicher bewegen.

10. Die Hautreflexe geben an und für sich kein ganz unterscheidendes Merkmal für oder gegen Hysterie.

11. Ein klinisch sehr brauchbares Hysteriesymptom ist die Möglichkeit, Hyperästhesien und Schmerzen an den klassischen Stellen, „Topalgien“, hervorzuzaubern, z. B. besonders den Clavus hystericus am Scheitel, die „Ovarie“ (auch bei Männern!), auch den Paramammillar-Druckschmerz. Gelenkschmerzen anatomisch ganz indifferenter Punkte einer Gelenkgegend gehören hierher.

12. Von hysterischen Zeichen an der glatten Muskulatur ist besonders des „Globus“ auch der „Gallenblasenkrämpfe“ nach Morphiumentziehung, zu gedenken; von seiten der quergestreiften Muskulatur besonders der rezidivierenden Aphonie.

13. Dann das Kapitel des Tremors: seine Schwierigkeit kreist auch wieder um die Beziehungen zum extrapyramidalen System.

Redigiert von Dr. E. Hayward in Berlin.

Aus Wissenschaft und Praxis.

Fortschritte auf den einzelnen Sondergebieten.

Es finden abwechselnd sämtliche Sonderfächer Berücksichtigung.

1. Innere Medizin.

Fokale Infektion und Tonsillektomie.

Von P. Morawitz und S. Schön (Leipzig) (Klin. Wschr. 1930 Nr. 14). Über die Bedeutung der fokalen Infektion für Entstehung und Verlauf rheumatischer Erkrankungen ist es schwer, ein zutreffendes Urteil zu gewinnen. Der fokale Infekt hat seinen Sitz sehr häufig in der Mundhöhle (Oral Sepsis der Amerikaner). Nach der heute vorherrschenden Auffassung sind die Fernfolgen eines fokalen Infekts nicht einfach durch bakterielle Metastasen zu erklären, auch nicht allein durch Toxinwirkung. Es kommt vielmehr

zu einer Umstimmung des Organismus, die zu einer Überempfindlichkeit führt, durch die dann erst jene Toxine wirksam werden können. Häufig sind die Tonsillen die Eintrittspforten. Wie häufig die Zähne Ausgangspunkt rheumatischer Infektionen sind, ist noch nicht einheitlich zu beantworten. Die Bedeutung eines oralen Herdes läßt sich zurzeit nur ex juvantibus abschätzen. Nach großen Versuchsreihen ist der Wert der prophylaktischen Tonsillektomie noch nicht geklärt. Außer rheumatischen Erkrankungen mit und ohne Endokarditis ist die Nierenentzündung zu nennen, die in dem Material von M. und Sch. sogar noch häufiger ist. Die Tonsillektomie wurde vorgenommen, wenn eine chronische oder rezidivierende Infektion der Gaumenmandeln fachärztlich festgestellt war. Der Eingriff soll erst 4—6 Wochen nach Abklingen aller akuten Krankheitserscheinungen vorgenommen werden. Trotzdem sind vorübergehende Verschlimmerungen recht häufig. In einigen Fällen konnte bei einer in Ausbildung begriffenen Endokarditis ein bleibender Herzfehler verhütet werden.

Bei rekurrierender Endokarditis ist das Risiko erhöht, aber bei der großen Gefahr des Zustandes zu verantworten. Auf die Tonsillen ist besonders zu achten auch bei unklaren chronischen Fieberzuständen, die z. B. unter dem Bilde einer sekundären Anämie, einer Sepsis, eines chronischen Milztumors usw. verlaufen können. Verhältnismäßig häufig wurde die Tonsillektomie bei Nierenschädigungen ausgeführt, wenn trotz völliger Ruhe, Diät usw. Albuminurie und Hämaturie bestehen blieben. Vor der Frühoperation ist hier aber zu warnen. In drei Viertel aller dieser Fälle wurde Heilung erzielt. Bei einer schon mehrere Monate bestehenden subakuten Nephritis wurde nur in einem Fünftel der Fälle ein Erfolg erreicht. Wohl aber können dadurch neue Schübe verhütet werden. Hat sich erst eine chronische Nephritis herausgebildet, dann ist die Operation meist nutzlos. Durch den Eingriff wird eine Änderung der gesamten Reaktionslage des Organismus und somit eine Verbesserung der Heilungstendenz erzielt. Im ganzen ist also folgendes zu sagen:

Unbedingt notwendig ist eine strenge Indikationsstellung. Gesunde Mandeln sollen nicht entfernt werden. Die Vornahme der Tonsillektomie im ungeeigneten Zeitpunkt kann schweren Schaden bringen.

Die Bedeutung der Tonsillen für die Infektion

erörtert Werner Schultz (Klin. Wschr. 1930 Nr. 14) von einem anderen Standpunkte aus. In der Lehre von der „Herdinfektion" geben viele Autoren den Tonsillen eine Art Schlüsselstellung. Sind die Gaumenmandeln nun vorzugsweise Eintrittspforten bei der Tonsillitis? Nach Sch. spricht viel dafür, daß die Erreger hauptsächlich hämatogen oder lymphogen zu den Tonsillen gelangen. Diese sind also Manifestationsort einer Allgemeininfektion und somit eher Austritts- als Eintrittspforte des Infekts. Das gleiche gilt ja auch für die syphilitische Tonsillitis. Nachgewiesen ist auch, daß das auf die Haut verimpfte Vakzinevirus nach einigen Tagen auf der Schleimhaut der oberen Luftwege nachzuweisen ist. Wenn demgemäß bei der Tonsillitis (wie auch beim Typhus) der Erreger zunächst im Blute kreist, dann können Nephritis, Gelenkrheumatismus usw. nicht als tonsillogen bedingt angesehen werden. Bei erhöhter Krankheitsbereitschaft der Mandeln kann es zur Selbstinfektion mit den auf der Oberfläche vorhandenen Erregern kommen. Die krank gewordenen Tonsillen können als selbständig gewordene Krankheitsherde andere Organe infizieren. Dies gilt besonders für die thrombophlebitische Septikopyämie. Der chronischen Mandelentzündung steht Schultz skeptisch gegenüber. Jedenfalls wird mit dieser Diagnose Mißbrauch getrieben. Zu operativen Eingriffen rät Sch. demgemäß nur dann, wenn auf Grund der Anamnese oder sonstiger Erfahrungen eine besondere Krankheitsbereitschaft der Tonsillen anzunehmen ist. Den Erfolgen der chirurgischen Behandlung stehen die nicht selten zur Beobachtung gekommenen Komplikationen gegenüber. Andererseits führen konservative Methoden ebenfalls zu günstigen Ergebnissen. Im ganzen hat Sch. von der aktiven Therapie mehr Schaden als Nutzen gesehen.

Karenztage im Herzbade in ihrer Relation zur Kurfähigkeit.

Diese praktisch recht wichtige Frage behandelt Cohn-Wolpe (Bad Kudowa) (Dtsch. med. Wschr. 1930 Nr. 17). Da die Karenztage (Milch-, Obst-, Gemüsetage usw.) bei der Behandlung von Herzkranken eine große Rolle spielen, lag es nahe, diese bewährte Methode auch in Herzbädern neben der übrigen Behandlung anzuwenden. Ob dies möglich ist, hängt zunächst von der Kurfähigkeit des Patienten ab. Zu vermeiden ist eine Belastung durch zuviel Bäder. Ausreichende Ruhetage sind dringend geboten. Zu den Ruhetagen können die Karenztage aber nicht gezählt werden. Im Gegenteil: es ist nicht nur am Karenztage selbst vollkommene Bettruhe notwendig, sondern meist auch noch ein absoluter Ruhetag zwischen dem Karenz- und dem nächstfolgenden Badetag. Hierdurch wird aber die Zahl der Bäder noch weiter eingeschränkt. Hierzu kommt noch, daß die Kurfähigkeit oft nicht von vornherein zu übersehen ist, und daß sie nicht selten nach den ersten Bädern absinkt, bzw. daß aus anderen Gründen Kurunfähigkeit eintritt. Die Bäderbehandlung ist eine Reizkörpertherapie. Sie kann genau so bei latenten Krankheitszuständen Rezidive auslösen, wie wir dies auch sonst von der Reiztherapie her kennen. Rekonvaleszenten von Gelenkrheumatismus, Endokarditis, postinfektiöser Myokarditis und Chorea minor eignen sich also erst in späteren Stadien für CO_2-Bäder. Auf-

merksamkeit ist geboten bei Herzerkrankungen myogenen Ursprungs, bei Koronarsklerose, Hypertonie, Herzneurosen besonders thyreogenen Charakters, die aber andererseits bei entsprechender Vorsicht oft recht gut beeinflußt werden. Bei all diesen Kranken können Karenztage sehr günstig wirken, besonders als sogenannte Vorbereitungskur. Bei schwer Herzkranken mit Störung der Kompensation gelten im Herzbade für die Karenztage die gleichen absoluten Indikationen wie in der Klinik. Sie sind ferner indiziert zur Sicherung und Erhaltung der Kurfähigkeit. Bei kurfähigen Patienten sind Karenztage am besten zu vermeiden. H. Rosin und K. Kroner (Berlin).

2. Chirurgie.

Die Verantwortlichkeit des Arztes bei einigen wichtigen lebenbedrohenden Krankheiten

überschreibt Krecke (München) eine Arbeit, die in der Münch. med. Wschr. 1930 Nr. 27 erschienen ist und deren Studium im Original dringend empfohlen sei. Hier soll nur das Wichtigste wiedergegeben werden. Soll der Chirurg bei den Fortschritten der Technik seines Faches Erfolge erzielen, dann ist er besonders auf die Hilfe des Praktikers angewiesen, daß er ihm die einschlägigen Fälle rechtzeitig zuweist. Dem überweisenden Arzt erwachsen hierdurch besonders verantwortungsvolle Aufgaben, namentlich in bezug auf die akuten Erkrankungen der Bauchhöhle und es soll sein ganzes Augenmerk darauf gerichtet sein, sich hier in der Diagnostik zu vervollkommnen. Mit Recht betont Krecke, daß diese Tätigkeit des Praktikers schwieriger ist, als die des Chirurgen, die sich mehr auf das rein Technische beschränkt, während jenem die Deutung des Falles und die richtige Indikationsstellung zufällt. Bei einer akuten Baucherkrankung z. B. soll der Arzt nie das Haus des Kranken verlassen, bis er sich Rechenschaft darüber gegeben hat, ob nicht Zuwarten ein schweres Versäumnis bedeutet, das nachträglich nicht wieder gutgemacht werden kann. Daß hier mitunter, namentlich bei den jung sich niederlassenden Kollegen gefehlt wird, kann nicht so sehr dem mangelnden Verantwortungsgefühl des Arztes zum Vorwurf gemacht werden, als vielmehr der Tatsache, daß durch die Eigenart dieser Fälle der Studierende nur selten Gelegenheit hat, sie im Kolleg zu sehen, da sie ja meist außerhalb der Kollegstunden eingeliefert werden und dann sofort operiert werden müssen; die Kenntnis dieser Fälle muß sich darum mehr auf theoretisches Wissen beschränken. Trotzdem kann man es auch von dem jungen Arzt verlangen, daß er eine lebensbedrohende Komplikation erkennt und sich in ihm unklar erscheinenden Fällen die Hilfe eines Facharztes sichert. Gerade die plötzlich einsetzenden mit heftigen Schmerzen einhergehenden Baucherkrankungen sind es, die eine besondere Sorgfalt verlangen. Zu den einzelnen hierher gehörenden Fällen übergehend beschreibt Krecke zunächst die Indikation zu chirurgischem Eingreifen bei Schädelverletzungen und gibt ein anschauliches Bild über die allmählich einsetzenden Symptome, die an eine Blutung aus der Arteria meningea media denken lassen, die die Operation alsbald verlangt: Die nach einem freien Intervall einsetzenden Erscheinungen des Hirndrucks sind charakteristisch für diese Verletzung. Bei den stumpfen Bauchverletzungen gehen die schmerzhafte Bauchdeckenspannung und der kostale Atmungstypus dem Ansteigen von Puls und Temperatur sowie dem Erbrechen häufig um mehrere Stunden voran, so daß diesen ersten Zeichen besondere Aufmerksamkeit zu schenken ist. Auch für die stumpfen Blasenverletzungen ist die Bauchdeckenspannung charakteristisch. Hand in Hand geht ein schmerzhafter Urindrang und die Unmöglichkeit den Urin abzulassen. Einen besonders breiten Raum in seiner Darstellung widmet Krecke der Behandlung der mit einer Durchtrennung der Haut einhergehenden Extremitätenverletzungen. Viel weniger die primäre Infektion ist es, die zu Komplikationen führt, wie eine nicht den Regeln der Asepsis entsprechende erste Behandlung. Was die Blutungen, namentlich die inneren Blutungen betrifft, so ist die geplatzte Tubargravidität heute wohl jedem Praktiker geläufig. Es ist aber zu bedenken, daß diese Erkrankung keineswegs immer so akut einsetzt und so stürmisch verläuft, wie wir es in typischen Fällen zu sehen gewohnt sind. Vielmehr kommt es auch oft nur zu einer kleinen Ruptur der Tube, die immer nur zu schubweisen Blutungen führt und in solchen Fällen bedarf es der ganz besonderen Sorgfalt bei der Untersuchung und bei der Erhebung der Vorgeschichte, um Fehldiagnosen zu vermeiden. Bei der akuten Appendizitis, über deren dringende sofortige Operation ja heute Zweifel nicht mehr bestehen, berücksichtige man Erbrechen, schmerzhafte Bauchdeckenspannung und Rektalbefund. Ist man zweifelhaft, dann untersuche man nach zwei Stunden nochmals und wird dann meist das Krankheitsbild geändert und geklärt finden. Die akute Gallenblasenentzündung bedarf lange nicht der dringlichen Operation wie die akute Appendizitis. Man hat hier Zeit den Fall zu beobachten und macht die Operationsindikation vom weiteren Verlauf abhängig, während sie bei der Appendizitis mit der Diagnose gegeben ist. Eine sehr ernste Krankheit ist die akute Pankreatitis. Das Schicksal dieser Kranken hängt allein von der möglichst früh gestellten Diagnose ab und der rechtzeitigen Überführung in chirurgische Hände. Der plötzliche Beginn, die nach links ausstrahlenden Schmerzen, die Zyanose sind untrügliche Zeichen. Das gleiche gilt für die Magengeschwürsperforation. Hier sind die Erscheinungen derart stürmisch, daß sie meist einen Zweifel an der Schwere der Erkrankung und der Notwendigkeit des Eingriffs nicht aufkommen lassen. Was den Darmverschluß betrifft, so sind es vor allem

die Fälle, die mit einer Schädigung der Darmwand einhergehen, welche sofortiges chirurgisches Eingreifen verlangen. Man erkennt sie an den heftigen Schmerzen, dem lokalen Meteorismus und vor allem an dem dauernden Ansteigen der Pulsfrequenz. Gerade diesem letzten Moment ist ganz besondere Aufmerksamkeit zu schenken und es kann und darf bei einer in stündlichem Intervall vorgenommenen Untersuchung des Kranken nicht übersehen werden.

Über die Atemstörungen bei Avertinnarkose, ihre Vermeidung und ihre Bekämpfung

schreibt Anschütz (Kiel) im Zbl. Chir. 1930 Nr. 17. Die Atemstörungen während der Avertinnarkose erfolgen vor, während und nach der Operation. Bei den Frühstörungen der Atmung handelt es sich oft um rein mechanisches Zurückfallen des Kiefers während der tiefen Narkose. Der Kiefer muß infolgedessen gerade beim Einschlafen dauernd gehalten werden. Der Patient darf nie allein gelassen werden. Liegt keine mechanische Atemstörung vor, so handelt es sich um die schnelle Avertinanflutung im Blute. Diese kann beruhen auf einer direkten Überdosierung oder einem zu schnellen Überlaufen der normalen Dosis in den Dickdarm. Sofortiges Ablassen der Avertinlösung, hohe Darmspülung, künstliche Atmung, Lobelin, Sauerstoffzufuhr, ferner Ephetonin und Kohlensäureatmung dienen der Beseitigung der Atemstörung. Andere Atmungsfrühstörungen sind auf die ungünstige Kombination der Avertinwirkung mit der des Pränarkotikums zurückzuführen. Zur Vermeidung dieser Kombinationsstörung schlägt A. vor, zunächst einmal das Pränarkotikum vor der Avertinnarkose sich voll auswirken zu lassen, es also $^3/_4$—1 Stunde vorher zu geben und vor dem Avertineinlauf nochmals den Zustand des Patienten zu kontrollieren. Besteht schon Zyanose, so macht man besser eine Inhalationsnarkose. Zur Behandlung kommen Darmspülung, Lobelin, künstliche Atmung und Kohlensäure in Frage, bei allen ernsten Zwischenfällen Thyroxin, das sich nach 2—3 Stunden auswirkt. Auch während der Operation können mechanische Ursachen, Überdosierung usw. eine Atemstörung herbeiführen. Aus der Avertinliteratur geht aber hervor, daß die wenigsten Atemstörungen dieser 2. Gruppe zuzuschreiben sind. Auch die Spätatemstörungen nach der Operation sind vielfach mechanisch bedingt. Ein Überwachen ist daher notwendig, aber nicht mehr wie bei Äthernarkose auch. Die nichtmechanisch bedingte Atemstörung hat meist eine ungünstige Prognose; hier ist wieder besonders Thyroxin angezeigt und außerdem Kohlensäure. Anschütz ist der Ansicht, daß bei richtiger Therapie der Atemstörung manche Avertinvergiftete hätten gerettet werden können. Die bessere Kenntnis der Ursache der Avertinatemstörung wird zu ihrer Vermeidung immer mehr beitragen. Hayward (Berlin).

3. Kinderheilkunde.

Revakzinationsstudien, insbesondere über die Dauer des Impfschutzes bei der Intrakutanimpfung.

Die Vakzination erfolgte bis vor kurzem ausschließlich durch kutane Impfung. In neuerer Zeit ist an ihrer Stelle die subkutane oder intrakutane Injektion des Impfstoffs empfohlen worden (Knöpfelmacher, Nobl, Leiner und Kundratitz). Die „Injektionsimpfung" hat gegenüber der kutanen Methode den Vorteil, daß sie die Gefahr septischer Wundkomplikationen sowie die Übertragung des Virus auf nichtgeimpfte Stellen des Impflings oder seiner Umgebung ausschaltet, was besonders wichtig ist in den Fällen, wo der Impfling selbst oder Kinder in seiner Umgebung an Ekzemen leiden. Es ist nun aber die Frage, ob die Intensität und Dauer des Impfschutzes bei Injektionsmethodik die gleiche ist wie bei der Kutanimpfung. Kirsch bringt Material zur Beantwortung dieser Frage bei. (Z. Kinderheilk. Bd. 49 S. 1—29.) Er führte die kutane Revakzination bei Kindern, die vor 5—7 Jahren intrakutan geimpft waren, aus und verglich die Resultate mit den Ergebnissen der kutanen Revakzination bei vorher kutan geimpften Kindern. Es ergab sich, daß von der ersten Gruppe 58 Proz. positiv reagierten (Pustelreaktion), von der zweiten nur 11,3 Proz. Es war demnach bei den intrakutan geimpften Kindern in 58 Proz. der Fälle der Impfschutz bereits nach 5—7 Jahren erloschen. Die Ursache dieser Erscheinung erblickt K. nicht darin, daß dem Organismus bei der Intrakutanimpfung geringere Mengen von Virus einverleibt werden als bei der Kutanimpfung, sondern darin, daß bei den verschiedenartigen Applikationsmethoden offenbar durchaus verschiedenartige Vermehrungsverhältnisse des Virus bestehen: Es scheint, als ob bei der Kutanimpfung bessere Ansiedlungsbedingungen für das Virus vorliegen, und damit auch eine erhöhte Antikörperproduktion stattfindet. Die Revakzination intrakutan geimpfter Kinder muß also wegen des rascheren Erlöschens des Impfschutzes früher erfolgen als bei der kutanen Impfung, und zwar etwa nach Verlauf von fünf Jahren.

Über die Bedeutung der Serummenge bei der antitoxischen Behandlung der Diphtherie.

Nach den herrschenden Anschauungen ist das wesentliche Moment der Diphtherieserumtherapie in dem Gehalt des Serums an spezifischen Antikörpern (Antitoxinen) zu suchen. Ob darüber hinaus noch unspezifische Serumwirkungen vorliegen, ist eine noch nicht ganz geklärte Frage. Ihre Beantwortung ist wichtig, weil bei Annahme nichtspezifischer Serumwirkungen die Einverleibung großer Serummengen befürwortet werden müßte. In der Leipziger Universitätskinderklinik sind neuerdings vergleichende Beobachtungen angestellt,

die geeignet sind, zur Klärung des Problems beizutragen (Jacobssohn: Mschr. Kinderheilk. Bd. 46 S. 321—337). Von den in die Klinik eingelieferten diphtheriekranken Kindern wurde die eine Hälfte mit einer bestimmten Antitoxinmenge (500 A.E. pro kg Körpergewicht) in einer möglichst geringen Serummenge behandelt, die andere Hälfte mit der gleichen Antitoxinmenge in einer 4—5 mal größeren Serummenge. Die sorgfältigen vergleichenden Beobachtungen ergaben, daß eine in die Augen springende Verbesserung der Wirkung des Heilserums durch das Hinzufügen von beträchtlichen Mengen antitoxinfreien Pferdeserums nicht nachgewiesen werden konnte. Nur die Membranen schienen sich etwas schneller abzustoßen. Demgegenüber war aber der Nachteil zu verzeichnen, daß die mit großen Serummengen Behandelten in viel größerem Prozentsatz eine Serumkrankheit bekamen als die mit hochwertigem Serum Behandelten (31 Proz.: 19 Proz.) J. befürwortet nach diesem Ergebnis die Behandlung der Diphtherie mit möglichst hochwertigem Serum.

Masernprophylaxe bei Scharlach- und Diphtheriepatienten.

Die Anwendung des Masernrekonvaleszentenserums zum Schutz gefährdeter Kinder gegen Masern ist heute Allgemeingut der Ärzte geworden. Bei rechtzeitiger Applikation des Serums gelingt es fast immer, einen sicheren Schutz zu erzeugen. Doch kommen Versager vor. Lichtenstein berichtet über solche auf Diphtherie- und Scharlachstationen (Act. paediatr. Bd. 9 S. 77—81). Es zeigte sich, daß auf diesen Stationen die Prophylaxe mit den gewöhnlichen Dosen mehr oder weniger vollständig versagte. L. ging infolgedessen bei Diphtherie-Scharlachpatienten und Rekonvaleszenten zu höheren Dosen über. Es ergab sich, daß beim Scharlach erst mit der 5—10fachen Schutzdosis (15—30 ccm), bei Diphtherie mit der 3—6fachen Schutzdosis (7,5—15 ccm) eine sichere Masernprophylaxe erzielt werden konnte, ein Ergebnis, das praktisch von großer Bedeutung ist.

Finkelstein (Berlin).

4. Pathologische Anatomie.

Experimentelle Untersuchungen über die Reaktion des lymphatischen Apparates der Milz bei Hunger, bei Infektion mit Paratyphus Breslau und bei Blutverlusten

teilt Bischoff aus dem Pathologischen Institut der Universität München in den Beitr. path. Anat. Bd. 83 mit. Er fand bei Hunger keine deutliche Reaktion von seiten des lymphatischen Gewebes der Milz, doch glaubt er, daß dies an der zu kurzen Dauer der Versuche lag. Bei den Versuchen mit Paratyphus Breslau fand sich Involution und vielfach völliger Schwund der Keimzentren. Dagegen waren bei Blutverlusten die Ergebnisse nicht einheitlich. Die Versuche, die der Autor selbst als erste Versuche auf einem neuen Wege bezeichnet, scheinen wichtig, müßten aber in großem Maßstabe weitergeführt werden.

Über die Fortpflanzungsfähigkeit hypertyreoidierter Meerschweinchen

bringt Döderlein zur Pathologie des endokrinen Systems aus der Universitäts-Frauenklinik Berlin interessante Versuche in den Beitr. path. Anat. Bd. 83. Er fand besonders Veränderungen an den Nebennieren und zwar fand sich eine Vergrößerung der Nebennierenrinde. Bei allen längere Zeit mit Thyreoidin gefütterten Tieren wird die Funktion der Keimdrüse bis zur Unfruchtbarkeit geschädigt. Aber auch die Frucht tragender Mütter kann geschädigt werden, und der Autor weist darauf hin, daß es nicht zu sagen ist, ob auch bei Tieren, die anscheinend normal geboren werden, im späteren Lebensalter endokrine Störungen auftreten können. Er warnt daher dringend vor Hormonbehandlung schwangerer Frauen.

Die Eiweißüberempfindlichkeit (Gewebsanaphylaxie) der Gelenke

hat Klinge im Pathologischen Institut der Universität Leipzig als experimentelle pathologisch-anatomische Studie zur Pathogenese des Gelenkrheumatismus in eingehenden Versuchen geprüft und berichtet darüber in den Beitr. path. Anat. Bd. 83. Er fand bei Eiweißinjektion in die Gelenke anaphylaktischer Tiere stärkste Reaktion nach Art des Gelenkrheumatismus, und zwar konnte Klinge durch Abstufung der Dosierung geradezu willkürlich leukozytäre, gemischt leukozytäre-monozytäre und rein monozytäre Bilder entstehen lassen. Nach wiederholter Eiweißinjektion ins Gelenk fand er eine Arthritis ulcerosa destruens mit Periarthritis und Pannusbildung. Außerdem aber fanden sich knötchenförmige degenerativ-proliverative Herde im Synovialapparat, im paraartikulären Gewebe, in Arterien und Venenwänden, in Skelett- und Herzmuskel und in den Herzklappen. Er weist darauf hin, daß diese Veränderungen große Ähnlichkeit mit denen beim menschlichen Rheumatismus haben.

Pathologisch-anatomische Befunde bei sogenannter Febris undulans

teilen Löffler und v. Albertini aus der medizinischen Poliklinik und dem pathologischen Institut der Universität Zürich in der Krkh.forschg. Bd. 8 mit. Sie hatten Gelegenheit bei einem klinisch vollkommen unklaren Fall die operativ entfernte Milz zu untersuchen. Die nachträglich erhobene Anamnese, sowie die serologische Untersuchung bestätigten die Diagnose.

Die Milz war ungefähr auf das Fünffache vergrößert, und zwar fanden sich in zahlreichen Lymphfollikeln Epitheloidzellknötchen. Die gleichen epithelialen Granulome fanden sich in der Pulpa,

in der sich außerdem exsudative Vorgänge in Form von fibrinösem Exsudat und Durchsetzung der Pulpa mit Plasmazellen und eosinophilen Leukozyten, sowie sklerosierende Prozesse bis zu diffuser Pulpafibrose, besonders in der Umgebung der Granulome, nachweisen ließen. In den großen Milzvenenästen fanden sich endophlebitische Prozesse, auch an der Milzkapsel waren Granulationswucherungen nachweisbar. In einer Probeexzision aus der Leber fanden sich die gleichen Knötchen.

Beiträge zur Ätiologie des Abdominaltyphus

bringt Weißpfeiler aus der ersten medizinischen Klinik und dem hygienischen Institut der Universität Genf in der Krkh.forschg. Bd. 8. Der Autor kommt zur Überzeugung, daß in den meisten Fällen von Typhus eine Störung des physiologischen Gleichgewichtes vorausgeht. Diese Störung sieht er als wesentlich für das Angehen einer Infektion an. Solche Störungen können in den verschiedenen Schädigungen oder sozialen Bedingungen gegeben sein.

Rudolf Jaffé (Berlin-Moabit).

---

5. Geburtshilfe und Frauenleiden.

Über Nabelschnurvorfall

berichtet E. Brandis-Berlin (Univ.-Frauenkl.: Bracht) und teilt die Erfahrungen über die Therapie, die in 15 Jahren an der Frauenklinik der Charité gesammelt worden sind, mit. Zur Rettung des Kindes bestehen zwei Möglichkeiten: die Reposition der Nabelschnur und die sofortige Entbindung. Es wurde fast stets die manuelle Reposition, nur in besonderen Fällen die von Bracht angegebene Reposition mit dem Metreurynter ausgeführt. Die Reposition gelang nur in 66,6 Proz. der Fälle. Die Mortalität der Kinder betrug nach gelungener Reposition noch 66,6 Proz. Weit bessere Resultate wurden mit der sofortigen Entbindung, insbesondere mit der primären Wendung und Extraktion erzielt. Diese kommt allerdings nur bei Mehrgebärenden in Betracht. In welcher Weise bei den einzelnen Lagen vorzugehen ist, muß im Original nachgelesen werden (Mschr. Geburtsh. Bd. 82, Nr. 3).

Über die Dauererfolge der operativen Behandlung von Adnexentzündungen

gibt Chr. Geller-Breslau (Univ.-Frauenkl.: Fraenkel) die Resultate der Klinik (Mschr. Geburtsh. Bd. 82 Nr. 4/5). Danach sind die Heilerfolge bei den konservativen Operationen hinsichtlich der Befreiung von subjektiven Beschwerden ebenso wie im Hinblick auf die Rezidivfreiheit recht wenig zufriedenstellend, bei den radikalen Operationen für den ersten Fall wesentlich besser, für den zweiten durchaus gut. Daraus ergibt sich (Ref.), daß man sich zur Operation der Adnexentzündungen nur entschließen darf, wenn alle konservativen Methoden erschöpft sind, zumal es sich bei dieser Erkrankung fast nur um Frauen im gebärfähigen Alter handelt.

Der Kaufmannsche Diureseversuch und seine Bedeutung für die operative Tätigkeit des Gynäkologen

ist von S. Heckscher-Berlin (Geb.-gyn. Abt. d. Krankenhauses d. Jüdischen Gmde.: Abel) in 83 Fällen einer kritischen Prüfung unterzogen worden (Mschr. Geburtsh. Bd. 82 Nr. 4/5). Die Grundlage des Versuches ist der Vergleich der Ausscheidungsmengen von Wasser in bestimmten Zeitabschnitten unter einmal in der Mitte des Versuches geänderten Lagebedingungen des Körpers. Der Versuch bewährt sich als eine einfache klinische Untersuchungsmethode des Kreislaufsystems vor gynäkologischen Operationen. Aber auch der praktische Arzt sollte von dem Versuch öfter Gebrauch machen, da hierbei Insuffizienzen des Herzens, die auskultatorisch nicht nachgewiesen werden können, mit Sicherheit erkennbar sind (Ref).

Entzündungsbestrahlungen entzündlicher Adnexerkrankungen

sind von S. Joseph und Karl Mayer (Geb. Gynäk. Abt.: S. Joseph und dem Werner-Siemens-Institut für Röntgenforschung am städtischen Krankenhaus Moabit, Berlin) einer eingehenden Prüfung unterzogen worden, deren Endergebnis folgendes ist: Die Resultate der Röntgenentzündungsbestrahlungen der entzündlichen Adnexerkrankungen haben noch kein einheitliches Bild ergeben. Mitteilungen mit recht guten Erfolgen stehen eine Reihe von Mißerfolgen gegenüber. Die bisherigen konservativen Behandlungsmethoden können durch die Bestrahlungen nicht ersetzt werden. Da gelegentlich ernsthafte Verschlechterungen, die ein chirurgisches Eingreifen sofort erforderlich machen, beobachtet wurden, ist die ambulante Behandlung nach Möglichkeit abzulehnen. Ref. lehnt diese Bestrahlungen für die Praxis ganz ab. (Mschr. Geburtsh. Bd. 82, Nr. 4/5).

Reststickstoff und Indikan bei den Schwangerschaftstoxikosen

hat Heinrich Eufinger-Frankfurt a. M. (Univ.-Frauenkl.: Seitz) untersucht und kommt zu dem Ergebnis (Zbl. Geburtsh. Bd. 95 Nr. 2), daß sowohl der Gesamt-R. N. als auch das Indikan in der pathologischen Schwangerschaft in einem hohen Prozentsatz eine starke Steigerung im Blute erfährt. Die Höhe der festgestellten Werte geht aber im Einzelfalle durchaus nicht parallel zu der Schwere des Krankheitsbildes und vor allem der klinischen Äußerung der vorhandenen Funktionseinstellung der Niere. Prognostisch ist also die Höhe der R. N. und Indikanwerte nicht verwertbar.

Abortus arteficialis wegen komplizierter Myopie

beschreibt Eva Krieger-Königsberg i. Pr. (Univ.-Frauenkl.: Zangemeister) und kommt zu

folgendem praktisch wichtigen Resultat (Zbl. Geburtsh. 1929 Nr. 34): Unter besonderen Umständen kann die Unterbrechung der Schwangerschaft wegen Myopie nötig werden; nämlich bei hochgradiger Myopie beider Augen mit fortgeschrittenen Veränderungen der Netz- und Aderhaut; hochgradige Schwachsichtigkeit auf dem einen und ähnlich, wenn auch etwas weniger entwickelte Störungen, auf dem anderen Auge, und zwar wegen dringender Gefahr der Erblindung oder Schwachsichtigkeit. Diese Indikation ist besonders dann berechtigt, wenn nach früheren Geburten bereits eine Abnahme der Sehkraft mit oder ohne Fortschreiten der Myopie beobachtet wurde.

Abel (Berlin).

Autotoxische Erscheinungen und Menstruation

(A. Hamant, L. Cornil und M. Mosinger, considérations critiques de l'autointoxication catameniale, Progrès méd. 1929 Nr. 25 S. 1078). Die Allgemeinsymptome, welche das Unwohlsein begleiten (und von denen es seinen Namen bekommen hat) sind allbekannt — in dem soeben erschienenen Werk von Henri Vignes, über gynäkologische Physiologie sind sie ausführlich belegt. Interessant sind die Angaben der Autoren, daß zu den überheizten Räumen, in denen die Seidenraupen auskriechen, niemals eine unbekannte Frau Zutritt erhält. Ebensowenig dürfen im gleichen französischen Süden Frauen in die Weinkellereien. Insbesondere lehnen die Autoren die Menotoxintheorie von Aschner ab, laut deren bei der Menstruation ein bestimmtes Gift durch die Uterusschleimhaut ausgeschieden würde, bei deren exkretorischer Insuffizienz (Oligomenorrhöe allerhand Schäden entstünden). Nach ihren Untersuchungen findet kein Abstrom angestauter Produkte aus dem Blut durch die Uterusschleimhaut statt, da der Blutspiegel auf der Höhe der Menstruation sein Maximum erreicht. Da die gesamten monatlichen Abgänge normalerweise keine 60 g sind, so spielt die Ausscheidung an den als giftig geltenden Stoffen überhaupt keine Rolle gegenüber ihrer Gesamtmenge im Blutstrom. An Jod z. B. enthält das Gesamtblut 350 mg, die menstrualen Verluste so gut wie nichts. Sie schreiben der Menstruation hauptsächlich eine sensibilisierende Rolle für konstitutionelle Belastungen und latente Leiden zu. Die Hypomenorrhöe wird, welches im Einzelfall auch ihr Ursprung sei, zum unterstützenden toxischen Faktor — aber das ist auch das einzig toxische an ihr. In Wahrheit und entgegen Aschner sind Menstruation und menstrualer Atotoxismus nicht voneinander abhängig, sondern gleichgeordnete Faktoren. Beide haben die Bedeutung von Ausscheidungen. Ihr gemeinsamer Grund ist der Tod des Ovulums, das einen noch ganz unbekannten Mechanismus in Gang setzt, vielleicht geht er von einem Menstruationszentrum in der Umgebung des 3. Ventrikels aus (??).

Fuld (Berlin).

Standesangelegenheiten.

Der Anteil ethischer Berufsauffassung an dem ärztlichen Fortbildungsgedanken.

Von

Oberstabsarzt a. D. **Hermann Berger**

in Fürstenberg in Mecklenburg.

Kürzlich berichtete mir der Herausgeber einer in Deutschland sehr weit verbreiteten Berliner Fachzeitschrift: „Junge Ärzte sieht man in den Berliner wissenschaftlichen Versammlungen überhaupt nicht mehr." Ich pflege von derartigen, verallgemeinernden Urteilen, selbst wenn wie in diesem Falle mein Gewährsmann schon auf Grund des Rufes seines Blattes als unbedingt unvoreingenommener und zuverlässiger Beobachter bekannt ist, stets die Hälfte abzuziehen. Aber gerade, weil die Äußerung von sehr urteilsfähiger und verantwortungsbewußter Stelle kam, bleibt noch genug an ihr, um sie zum Gegensatz ernstesten Nachdenkens zu machen.

Nimmt Berlin in diesem Punkte, das ist in dem Triebe der Ärzte nach Weiterbildung, eine Sonderstellung ein? Beweiskräftig beantworten kann man die Frage nicht; denn es gibt keine Statistiken darüber. Theoretisch lassen sich immerhin einige Gesichtspunkte für ihre Bejahung konstruieren: Besondere Verschärfung des Wettbewerbs wie der wirtschaftlichen Kampfinteressen infolge der Massenzusammenballung, aber auch schärfere Kämpfe um die Vertretung innerhalb der Standesorganisationen, wobei man nur an die letzten Ärztekammerwahlen mit ihren 5 oder 6 Parteilisten zu denken braucht; überwiegendere Inanspruchnahme durch das Ringen politischer Weltanschauungen; stärkerer Ansturm außerberuflicher geistiger und materieller Anregungen; zeitraubende Entfernungen usw.

Aber ich glaube, es ist abwegig, in diesem Punkte örtlich bedingte entscheidende Unterschiede gelten zu lassen. Der Arzt, der sich fortbilden will, findet bei dem heutigen Stande der wissenschaftlichen Vereinsarbeit und dank der stetig weiter vervollkommneten Organisation der Fortbildungskurse im Verein mit richtiger Ausnutzung der Fachpresse Gelegenheit dazu. Und der, der es nicht will, mag sich in der Großstadt diese, auf dem flachen Lande jene Ausflüchte zurechtlegen, — ich glaube sie ihm nicht. Die Kurse für ärztliche Fortbildung sind aus dem Gedanken heraus entstanden, in erster Linie den örtlich behinderten Kollegen die Gelegenheit zum Mitschreiten mit der Wissenschaft, sei es auf dem

Gebiete der Allgemeinmedizin, sei es in Spezialfächern, zu verschaffen. Aber natürlich unter der Voraussetzung, daß die nicht örtlich behinderten Kollegen ohnehin von ihren sonstigen, so reich besetzten „Präsentiertellern" mit Eifer naschen könnten. Wenn wir nun das Gegenteil hören, und wenn wir annehmen, daß die Ärzte in den Großstädten zwar andere, aber nicht minder zwingende Behinderungsgründe haben, dann müßte ja die Folge sein, daß dafür bei Vorhandensein eines Weiterbildungs willens wenigstens die Kurse von den Großstadtärzten überlaufen wären. Ist das der Fall? Ich weiß es nicht; aber wir lasen unlängst aus einer mitteldeutschen Großstadt, daß für einen Kurs nicht einmal 30 Teilnehmer zusammenzubringen gewesen seien. Auf der anderen Seite liefert die unaufhaltsame, geradezu imponierende Ausbreitung des ärztlichen Fortbildungswesens den glänzenden Beweis dafür, daß es nicht überall so betrübend steht, sondern daß im Gegenteil das Bedürfnis nach Kursen ungemein weit verbreitet ist und zwingend vorliegt. Worin haben wir also die Ursache für den an gewissen Stellen bestehenden Mangel an Weiterbildungstrieb zu suchen? Vielleicht gibt ein kleiner Blick auf den Charakter jener mitteldeutschen Großstadt einen Anhaltspunkt? Von Berlin nämlich will ich absichtlich nicht sprechen, um nicht in den Verdacht zu geraten, als wolle ich hier den ohnehin schon reichlich vorhandenen Zündstoff gegen die Reichshauptstadt, deren öffentlichem Leben ja heute die Sozialdemokratie ihr Gepräge gibt, aus diesem Grunde vermehren.

Jene Großstadt mit ihrer ertragreichen, dicht besiedelten Umgebung steht seit Menschengedenken in dem Rufe, eine in Erwerbstüchtigkeit besonders hervorstechende Oberschicht, die „Zuckerbarone", gezüchtet zu haben. Mit heiliger Scheu sah die übrige, überwiegend recht dürftig lebende Bevölkerung zu den reichen Handelsherren auf: man betete wie kaum sonstwo das „goldene Kalb" an. Sollte vielleicht dieser materiell eingestellte Geist ein Wort auch bei den Ärzten mitsprechen? Wir wollen uns nicht überheben! Leben muß jeder, und jeder hat ein Anrecht darauf, für sich und seine Familie eine sorgenlose, behagliche und kulturell möglichst hochstehende Daseinsführung zu erstreben. Aber zwischen dieser berechtigten Forderung und der Anbetung des goldenen Kalbes klafft doch noch ein weiter Raum, und wie man diesen Raum ausfüllt, ob von der geistigen Seite her oder von der Seite des Gelddurstes, darin unterscheidet sich der auf höhere Dinge gerichtete Geist von dem rein materiell eingestellten. In diesem Raume hat durchaus alles Platz, was wir Ärzte unsere alten, schönen Ideale nennen, zu denen mit vielem anderen auch der Trieb gehört, unser ärztliches Können mit allem dem zu bereichern, was die nie stillstehende Wissenschaft während unseres Lebens an neuen Gewinnen bringt. Dieser Trieb kommt von der ideellen Seite her, kommt aus unserem ärztlichen Berufsgewissen heraus. Von dem materiellen Pol aus gesehen, wäre er nämlich nicht unter allen Umständen unentbehrlich (womit aber nicht etwa gesagt sein soll, daß in den allermeisten Fällen der auf der Höhe seiner Zeit stehende Arzt nicht auch praktisch einen mächtigen Vorsprung vor dem rückständigen besäße). Ich kannte einen alten Sanitätsrat, der auf die Frage, ob er eine medizinische Wochenschrift halte, mit herablassendem Lächeln meinte: „Was kann schon groß zugekommen sein?" Leidenschaftlicher Gegner jeder Konsultation, pflegte er etwaige dahingehende Gelüste seiner Patienten mit den Worten: „De Annern weeten oock nich mihr as ick", im Keime zu ersticken. Und war — trotzdem? oder deswegen? — der gesuchteste Arzt von allen in der Stadt. Welche materiellen Gründe sollten wohl den hoch im Gebirge arbeitenden August Heisler, den Verfasser des prächtigen Buches „Dennoch Landarzt!", dazu zwingen, der einfachsten Bauernmagd die allerneuesten Errungenschaften der modernen therapeutischen Forschungen zugute kommen zu lassen? Aber er tut es in einem Maße, das jedem Großstadtarzt zum Vorbild dienen könnte. Einer meiner Freunde, Chirurg, besitzt in einer Großstadt eine sehr ansehnliche Praxis, nicht zu erschüttern, weil seine Anhängerschaft treuen, stetigen Holsteiner Geblüts, durch keine Macht der Welt zu einem Wechsel des Arztes ihres Vertrauens zu bringen wäre. Er hat seit seiner Assistenzarztzeit noch nicht einen Chirurgenkongreß, nicht eine Naturforscherversammlung versäumt. Ohne die leiseste Ambition, selbst hervortreten zu wollen, läßt er sich keinen Vortrag entgehen (das ist Tatsache!). Auf meine Frage: „Warum? Du hörst doch unendlich viel Überflüssiges", die Antwort: „Das ist schon richtig. Aber manchmal kann man auch etwas brauchen, und vor allem: ich will hören, ob ich noch alles richtig mache." Diesen schlichten, kernfesten Charakter würde ich kränken, wollte ich ihn überschwenglich einen „Idealisten" nennen. Nein, er ist nichts wie ein ursprünglicher, gewissenhafter Arzt, der den oben angedeuteten Raum nicht von der Mammonseite her, sondern mit der Befriedigung seines Berufsgewissens ausfüllt.

Ich behaupte, — gerade gestützt auf den unleugbaren Drang der Ärzte zu freiwilliger, opferbereiter Weiterbildung, — allen überlegenen „Kennern unserer Zeit" zum Trotz, daß die überwiegende Mehrheit der heutigen Ärzte in tiefster Seele von der nichtmammonistischen Seite her orientiert, und daß der entgegengesetzte Eindruck nur ein scheinbarer ist. Der entgegengesetzte Eindruck entsteht dadurch, daß einmal die „Anbeter des goldenen Kalbes" sich hemmungsfreier in den Vordergrund drängen, und ferner dadurch, daß das berechtigte Maß materieller Anforderungen so stark von außen her gefährdet wird, daß es verteidigt werden muß. Die Verteidigungsmaßnahmen beunruhigen die Großstadtärzte stärker, beanspruchen sie intensiver und fallen deutlicher in die Augen als auf dem flachen Lande. Sie

gefährden — zweifellos! — auch in höherem Grade die innere Denkweise der Ärzte, wie auch die sonst von außen her auf den Arzt eindringenden Einflüsse der Großstadtumwelt namentlich für die jüngeren Kollegen eine stärkere Gefahr bedeuten. Insofern wird man in der sekundären Psychologie der Großstadtärzte eine andere Struktur als in der Provinz und auf dem flachen Lande nicht ableugnen können.

Die Pflicht ärztlicher Weiterbildung ist — das sahen wir — Bestandteil der primären Psychologie des Arztes, ist Bestandteil seines Berufsgewissens. Man wird bedenkenlos sagen dürfen: Der Entwicklungsgrad des ärztlichen Fortbildungswesens eines Landes in Verbindung mit dem Maße der Ausnützung ist einer der Maßstäbe auch für den sittlichen Hochstand seiner Ärzteschaft. Geht in einem Lande die ärztliche Berufsethik rückwärts, dann wird über kurz oder lang auch die Bestandsgrundlage des Fortbildungswesens unterhöhlt und erschüttert werden. Die Leiter wie die Nutznießer des deutschen ärztlichen Fortbildungswesens haben also alle Ursache, den jetzt verstärkt einsetzenden Bemühungen um Hebung der ärztlichen Ethik ihre Aufmerksamkeit zu schenken.

Von „verstärkt einsetzenden Bemühungen" halte ich mich zu sprechen für berechtigt, weil in der Tat eine bereits ganz ansehnliche Zahl von Kollegen sich mit mir zusammengefunden hat, um für dieses Ziel zu arbeiten. Daß die Pflege der ärztlichen Standessitte eines kräftigeren Impulses bedarf; daß sie darniederliegt, soll ich es beweisen? Man erlasse mir heute diese Aufgabe! Liek und viele andere haben es zur Genüge getan. Auch ich selbst habe in meinem kleinen Buch „Ärzte-Areopage. Dem deutschen Arzttum ein Weg zur Gesundung." (1928, Verlag Meininger, Neustadt a. d. Haardt) einiges zusammengetragen. Nachdem ich aber ebenso wie alle die anderen ärztlichen Selbstkritiker von den Ärztefeinden als Kronzeuge mißbraucht worden bin, bin ich vorsichtiger geworden. Also ich bitte, die Feststellung, daß wir bitter zwingende Gründe haben, an der Hebung des ärztlichen Sittenstandes zu arbeiten, ohne neue Beweise als wahr unterstellen zu dürfen. Notwendig aber ist es, zu begründen, warum unsere für die Reinhaltung unseres Standes bestehenden Einrichtungen, das sind die Ärztekammern und der Ärztevereinsbund, nicht als genügend angesehen werden können. Warum? Nun, weil das Ausbleiben der Erfolge, weil das unleugbare, erschütternde Absinken der ärztlichen Sittenreinheit beweist, daß sowohl die Macht wie die Methoden der vorhandenen Einrichtungen nicht ausreichend sind. Freiwillige und frei arbeitende Mitkämpfer als Bundesgenossen der vorhandenen Stellen halten wir für das einzige Mittel, die Auffassungen der Ärztemasse in Fragen der Berufsethik wieder auf die frühere Höhe zu bringen. Wie die Klagen über den Niedergang unserer Ethikpflege keineswegs der deutschen Ärzteschaft eigentümlich sind, sondern in allen Ländern — auch in den von der Zwangsversicherung freien, wie den U. S. A. — ertönen, so haben wir auch für unsere Abwehrpläne bereits Freunde und Förderer in anderen Ländern, zunächst Österreich und der Schweiz gesucht und gefunden. So sind wir auf dem Wege zu einer „Ethischen Internationale der Ärzte". In der „Schweizer med. Wschr." sowie in der „Wien. med. Wschr." werden in diesen Tagen Aufsätze darüber erscheinen. Einen Aufruf zur Gründung einer „Gesellschaft für ärztlichen Wiederaufbau" bereiten wir vor.

Wir halten es nämlich für ebenso unberechtigt wie unmännlich, in das Ohnmachtsbekenntnis „Es hilft ja doch alles nichts!" einzustimmen. Es wird helfen! Freilich nicht heute oder morgen, wohl aber bei kommenden Generationen. Für diese wollen und müssen wir Lebenden jetzt vorarbeiten, sollen sie nicht unrettbar in die „Gewerkschaft" hinabsinken. Der Stärkung unseres Mutes und unserer Ausdauer durch die Zustimmungserklärung möglichst zahlreicher Kollegen können wir aber nicht entraten. Wir bitten um sie!

Soziale Medizin.

1. Neuzeitliche Bevölkerungsprobleme[1]).

Von

Geh. Med.-Rat Prof. Dr. med., Dr. med. vet. h. c. Dr. jur. h. c. **Arthur Schloßmann** in Düsseldorf.

An die Spitze des köstlichen Werkes, in dem uns Bismarck aus dem unerschöpflichen Born seiner Weisheit so bedeutsames hinterlassen hat („Gedanken und Erinnerungen"), stellt der große Staatsmann den lapidaren Satz: „Als normales Produkt unseres staatlichen Unterrichtes verließ ich Ostern 1832 die Schule als Pantheist und wenn nicht als Republikaner, doch mit der Überzeugung, daß die Republik die vernünftigste Staatsform sei." Da Bismarck am 1. April 1815 geboren war, wurde er also mit 17 Jahren als reif für die Universität erklärt und bei einem Beginn des akademischen Studiums in diesem frühen Alter von gerade 17 Jahren betrachtet er sich als „ein normales Produkt unseres staatlichen Unterrichts". Sollte unter unserer Jugend sich ein zweiter Bismarck finden und dieser auch mit 17 Jahren die Universität beziehen, so würde er in seinen Lebenserinnerungen dereinst sagen müssen: Frühreif, als eine ganz seltene Ausnahme, verließ ich als 17 jähriger die Schule, während

[1]) Nach einem Rundfunk-Vortrag.

meine Kommilitonen im Durchschnitt 3 Jahre länger sich unseres staatlichen Unterrichts zu erfreuen hatten.

In der Tatsache, daß ein Adept der höheren Bildung heute 3 Jahre länger die Schulbank drückt, 3 Jahre später im Durchschnitt mit dem Studium beginnt, und da auch für alle Fächer auf der Universität eine mehrsemestrige Verlängerung der Ausbildung für nötig erachtet wird, tritt der Mann und die Frau von heute um 4, 5 oder gar noch mehr Jahre später als das in Bismarcks Jugendzeit der Fall war, in die Periode der Produktivität ein. Wie wir in Bismarcks „Gedanken und Erinnerungen“ für viele Probleme der Gegenwart den Schlüssel finden, so mit den von uns angeführten Eingangsworten für die Frage, mit der wir uns heute beschäftigen wollen.

Aber nicht nur in dem engen Kreise derer, die sich dem Studium widmen können und wollen, ist der Beginn der Produktivität, des Güterschaffens, des Erwerbes wesentlich hinausgeschoben, sondern auch für die breite Masse, die mehr mit der Hand als mit dem Kopfe arbeiten, ist das gleiche festzustellen. Allmählich, aber in einer regelmäßig sich entwickelnden Kurve, ist der Anfang des Produktiv-Werdens bei den Menschen von heute gegenüber der Zeit vor 100 Jahren in ein höheres Alter hinausgeschoben worden: Wenn früher der Pastor das 10. Kind in einer Familie taufte, so sprach er von dem Kindersegen, mit dem das Haus begnadet sei und Vater und Mutter ließen dankbar und froh ihre Augen über ihre Kinder schweifen; nicht nur ideell, sondern auch materiell konnte man von Kinderreichtum sprechen. Denn schon frühzeitig rührten die Kinder die Hand, beteiligten sich am Erwerb und trugen, wenn auch nicht immer zum Wohlstande, so doch durch ihre Betätigung dazu bei, daß die Einnahmen der Familien eine Lebensführung gestatteten, die besser war, als es ohne die Mitarbeit der Kinder möglich gewesen wäre. Der Bergmann in unserem rheinisch-westfälischen Revier ging am frühen Morgen von 4 oder 5 Söhnen begleitet zur Arbeit. Schon Kinder von 12 und 13 Jahren waren „unter Tag“ gut zu gebrauchen, um die Hunde vor den Ort zu bringen, d. h. die kleinen Handwagen zu schieben, auf denen die Kohle vom Gewinnungsplatze zu den Aufzügen gefahren wurde, die sie zum Tageslicht in die Höhe trugen. Am Lohntage gab es dann eine entsprechende Anzahl von Tüten und alles, was sich darin befand, floß in die gemeinsame Haushaltungskasse, aus der die Ausgaben für die Wirtschaft der ganzen Familie getragen und oft genug im Laufe der Jahre ein schönes Stück Geld zurückgelegt wurde.

Im sächsischen Erzgebirge, da, wo der billige Christbaumschmuck und Spielwaren in Massen hergestellt wurden, mit denen man das Weihnachtsfest verschönen kann, ohne allzuviel ausgeben zu müssen, arbeiteten 4- und 5jährige Kinder stundenlang mit, indem sie die Bäume in die grüne Farbe tauchten und andere Handgriffe monoton vornahmen. Und wenn alle miteinander recht fleißig gewesen waren, dann langte es schließlich außer zu Kaffeeersatz und Kartoffeln noch zu etwas Zutaten, ein Wirtschaftsergebnis, das ohne die Zusammenarbeit der ganzen Familie, ohne die Mitwirkung auch kleiner Kinder nicht zu erzielen gewesen wäre. Unter diesen Lebens- und Arbeitsverhältnissen war es vorteilhaft, Kinder zu haben und da konnte man mit Recht, wenn auch nicht von anderem Reichtum, so wenigstens von Kinderreichtum sprechen.

Wahrlich, wir möchten die Zeiger der Zeit nicht zurückstellen; wir wollen nicht zu Zuständen, wie sie waren und glücklicherweise nicht mehr sind, zurückkehren. Die Einschränkung der Kinderarbeit, das Verbot der Beschäftigung Jugendlicher „unter Tag“, alles, was in dieser Hinsicht nicht leicht und zum Teil in schwerem Kampf erreicht worden ist, um Leib und Leben, Körper und Seele unseres Nachwuchses zu schützen, wir wollen es nicht missen und viel eher etwas zu viel als zu wenig nach dieser Richtung tun; aber klar müssen wir uns dann eben darüber sein, daß mit mathematischer Sicherheit die verantwortungsvollen Teile des Volkes an einer großen Kinderzahl nicht mehr interessiert sind. Es kommt hinzu, daß der Schulzwang, der in der sogenannten „alten Zeit“ ja recht leicht genommen und insbesondere auf dem Lande mehr auf dem Papier stand, als in Wirklichkeit streng durchgeführt wurde, die Kinder selbst der Verwendung in der Häuslichkeit und im eigenen Wirtschaftsbetriebe stark entzieht. Mit der Industrialisierung Deutschlands in der unseligen Form, wie sie bei der überstürzten Entwicklung aus dem Agrarstaate in das Industriereich sich ergeben hat, hört aber auch die Zusammenarbeit der Kinder mit den Eltern schon frühzeitig auf. Die Familienwirtschaftsgemeinschaft der alten — in diesem Falle kann man wirklich sagen guten Zeit — findet zumeist ein rasches Ende. Söhne und Töchter gehen in der Arbeit bald ihren eigenen Weg und auch der Verdienst fließt nicht mehr in die elterliche, sondern in die eigene Tasche.

Doch nun zu der wichtigsten Seite des Bevölkerungsproblems: dem Geburtenrückgang. Während wir bis zum Ende des Jahrhunderts eine ziemlich regelmäßige Geburtsziffer hatten, d. h. während auf das Tausend der mittleren Bevölkerungszahl fast gleichbleibend 36—37 Kinder geboren wurden, beginnt der Rückschlag im ersten Jahrzehnt des 20. Jahrhunderts von Jahr zu Jahr stärker in Erscheinung zu treten und sinkt bis zum Kriegsbeginn rapid. Und heute ist die Geburtenziffer wesentlich unter der Hälfte von der, die wir in den letzten Jahrzehnten des vorigen Jahrhunderts feststellen konnten. Es setzte eben die Rationalisierung des Geschlechtslebens ein, wie Julius Wolf den Vorgang treffend bezeichnet hatte. In einen triebhaften Vorgang, den der Fortpflanzungsakt an und für sich darstellt,

BROSEDAN

Zuverlässiges Sedativum

Kochsalzarmes Brom-Hefe-Präparat in flüssiger Form, angenehm schmeckend, sparsam im Gebrauch

Indiziert bei Neurasthenie, nervöser Schlaflosigkeit, sexueller Uebererregbarkeit, Neuralgien, Epilepsie

Literatur:

John, Univ.-Nervenklinik Tübingen (Dir. Prof. Dr. Gaupp), Münch. Medizin. Wochenschr. 1914, Nr. 43
Friedemann, Universitäts-Nervenklinik Freiburg Br. (Dir. Prof. Dr. Hoche), Aerztliche Rundschau 1929, Nr. 3

*

Bei Kassen zur Verordnung zugelassen

*

TEMMLER-WERKE, BERLIN-JOHANNISTHAL





ist die Ratio, die Vernunft, die Berechnung regulatorisch eingeschaltet worden. Weite Kreise hatten schon seit langer Zeit in dieser Richtung sich betätigt. Die Vermögenden, die Gebildeten, waren mit dem Beispiel vorangegangen und als die breite Schicht der Lohnangestellten und Handarbeitenden nunmehr anfing, diesem Vorbilde Folge zu geben, ertönte der Ruf, daß in der gewollten Einschränkung der Kinderzahl ein bedauerliches Zeichen für das Sinken der Moral zu finden sei. Und dabei hatte von jeher der Postdirektor 2 Kinder, der Postassistent deren 4 und der Briefträger deren 8 gehabt! Als aber Postassistent uud Briefträger auch begannen, sich ganz bewußt mit 2 Kindern zu begnügen, setzte, wie gesagt, die moralische Entrüstung ein, zugleich auch die Periode der kleinen und kleinlichen Heilmittel: Die Gewährung von Steuererlassen, die noch nicht das Besohlen der Schuhe der Kinder ermöglichten, die öffentliche Belobigung für erwiesene Fruchtbarkeit, die Überreichung eines kleineren Geldgeschenks oder bei der jetzigen schlechten Finanzlage einer Tasse und ähnliches mehr. Aber das Übel an der Wurzel zu packen, wofern man den Geburtenrückgang wirklich als solchen anerkannt, dazu hat man sich bis auf den heutigen Tag nicht entschlossen. Ich habe mich seit langer Zeit immer wieder mit diesen Fragen beschäftigt, gehöre unter den Ärzten wohl zu denjenigen, die sich am längsten und vielseitigsten mit dem Geburtenrückgange und den Möglichkeiten überhaupt befaßt haben, ihn kausal zu bekämpfen, aber leider ist meine Stimme verhallt. Wohl haben meine Vorschläge theoretisch Anklang und Zustimmung gefunden, aber keine praktische Beachtung, solange es noch möglich gewesen wäre, Wandel zu schaffen.

Diese tatsächliche Indolenz gegenüber dem Geburtenrückgange ist in einer Unterschätzung seiner Bedeutung begründet, und wir müssen zunächst einmal uns die Frage vorlegen, ob eine verminderte Volksvermehrung in unserer Zeit nicht eigentlich eine sehr begrüßenswerte Erscheinung ist. Hunderttausende von Menschen sind arbeitslos und finden weder Beschäftigung noch Verdienst. Kolonien, nach denen ein Bevölkerungsüberschuß Abfluß sich suchen könnte, haben wir nicht. Die Länder, die gute Verdienstmöglichkeiten bieten, sperren sich gegenüber der Einwanderung aus Deutschland ab. Ist denn da wirklich bei dieser Sachlage der Dinge das Zurückgehen der Geburtenziffer etwas so Unerwünschtes? Und dann noch etwas, was besonders beachtlich erscheint, die Sterblichkeit geht ja auch so stark zurück, daß wir immer noch einen ganz ansehnlichen Menschenüberschuß in jedem Jahre buchen können. Warum dann die Ängstlichkeit, die auf einmal um sich zu greifen scheint?

Es ist aus der Presse bekannt geworden, daß der Reichsinnenminister vor einigen Wochen einen Reichsausschuß von Sachverständigen zusammengerufen hat, die sich mit der Frage des Geburtenrückganges beschäftigen und der Reichsregierung Mittel vorschlagen sollen, wie man diesem Übel entgegentreten kann. Der preußische Wohlfahrtsminister hat kürzlich bei der Beratung seines Etats im Landtage sehr ernste Worte gefunden, mit denen er die Entwicklung dieser Dinge besprach. Sie werden daraus ersehen können, daß die Besorgnisse, die viele Beobachter des Bevölkerungsbestandes und auch ich seit vielen Jahren geäußert haben, jetzt beginnen, in ein akutes Stadium zu treten. Wir sprechen von Bevölkerungspolitik, haben aber eine solche bisher nicht betrieben. Politik heißt, die Entwicklung der Dinge, die für das Staatsleben von grundlegender Bedeutung sind, rechtzeitig vorher zu erkennen und durch geeignete Maßnahmen fürsorgerisch und vorsorglich dahin zu wirken, daß das Staatswesen keinen Schaden erleide. Politik heißt nicht den Brunnen zudecken, wenn das Kind hereingefallen ist, sondern beizeiten das zu tun, was nötig ist, um das Unglück zu verhindern. Während der Inflationszeit haben sehr viele Menschen sich dauernd darüber gefreut, daß ihr kleines Vermögen sich so schnell vergrößerte, daß aus den Tausenden Hunderttausende und Millionen und aus den Millionen Milliarden und Billionen wurden, bis eines Tages die Stabilisierung kam und die Billionäre mit einem Schlage merkten, daß sie nur noch wenige Mark ihr eigen nannten; man hatte fröhlich von der Substanz gelebt. Und ebenso merkt man jetzt da und dort, daß wir auch in bezug auf unseren Volksbestand mitten in einer Inflationskrisis sind, und daß wir auch hier seit Jahren von der Substanz selbst leben.

Denn der Rückgang der Geburten ist eine tatsächliche Erscheinung und noch dazu eine, die nicht abgeschlossen ist, aber der Rückgang der Sterblichkeit ist eine fiktive, ist eine scheinbare, eine trügerische. Ich sage, daß wir in der Senkung der Geburtenzahl den Tiefpunkt sicher noch nicht erreicht haben. Jetzt stehen im Zeugungs- und vor allem im gebärfähigen Alter die viel größere Zahl von Individuen, die am Ende des vorigen und am Anfang des neuen Jahrhunderts geboren sind. Seitdem ist der Nachwuchs beträchtlich zurückgegangen. Und selbst bei gleichbleibendem Zeugungswillen würde somit rechnerisch die Zahl der Kinder in der Zukunft weiter sinken müssen. Es kommt hinzu, daß immer weitere Kreise von der Rationalisierung des Geschlechtslebens erfaßt werden. Dieser Prozeß, der in den Großstädten begonnen hat und dann erst in den mittleren und kleineren Städten sich verbreitete, greift immer mehr auf das Land über. Der Wall, den in der katholischen Bevölkerung die Beeinflussung durch die Geistlichkeit der willkürlichen Verhütung der Empfängnis entgegensetzte, wird da und dort schon unter der wachsenden Not unterspült. Not lehrt beten, aber sicher auch sündigen, und als eine Sünde betrachtet ja die katholische Kirche jeden Geschlechtsverkehr, bei dem durch unnatürliche

Vorbeugungsmaßnahmen die Empfängnis verhindert werden soll.

Es kommt hinzu, daß von der Lage des Wirtschaftsmarktes die Zahl der Eheschließungen abhängt. Mit der ungünstigen Konjunktur sinkt die Lust zu freien. Nun hängt aber die Geburtenzahl in recht erheblichem Grade von der Zahl der neuen Ehen ab. Sie sind es vorzugsweise, aus denen Kinder hervorgehen. Ich vermeide es absichtlich, Ihnen viele Zahlen vorzutragen, ich möchte hier aber doch darauf hinweisen, daß nach Untersuchungen von von Körösy in Budapest die Fruchtbarkeit neuvermählter Frauen im höheren Alter wesentlich größer ist als bei der Gesamtheit der Ehefrauen, z. B. bei Neuvermählten im Alter von 30—35 Jahren um 50 Proz. höher, im Alter von 35—40 Jahren um 150 Proz. höher und im Alter von 40—45 Jahren sogar um mehr als 300 Proz. höher ist, als bei der Gesamtheit der Ehefrauen in denselben Altersgruppen. Erschwert die Wirtschaftskonjunktur den Abschluß der Ehen, so geht die Geburtenzahl damit automatisch weiter herunter. Unter dem Einfluß der hier angedeuteten Verhältnisse haben wir also mit einem weiteren Geburtenrückgang zu rechnen. Die Kurve der Geburtenziffer ist noch nicht am Tiefpunkt angelangt. Theoretisch betrachtet kann sie bei der Gesamtzahl der Bevölkerung so weit sinken, daß sie bei den ehelichen Geburten nicht mehr wesentlich höher ist, als bei den unehelichen.

Demgegenüber steht eines fest, nämlich die Tatsache, daß die Todesfälle absolut und relativ steigen werden und steigen müssen. Wohl ist es ein mißliches Ding zu prophezeien, aber hier kann man mit mathematischer Sicherheit Prognosen stellen. Wir haben in ganz großen Bezirken Sterblichkeitsziffern von 10 Prom., d. h. mit anderen Worten, daß wir hier eine durchschnittliche Lebensdauer von 100 Jahren bei dem Menschen annehmen müssen, ein Ergebnis, von dem wir trotz des Rufes Bernard Shaws: Zurück zu Methusalem! doch noch sehr weit entfernt sind. Die Sterblichkeitsziffer von 10 Prom. ist nur bedingt durch eine gegenüber anderen Beobachtungsperioden veränderte Zusammensetzung der Bevölkerung, durch eine Umstellung im Altersaufbau.

Erfreulicherweise haben wir ja eine wesentliche Verringerung der Säuglingssterblichkeit, freilich nicht allein bedingt, wie viele Optimisten denken, durch die Maßnahmen der Säuglingsfürsorge, sondern vor allem durch den Geburtenrückgang selbst. Gewiß, die besseren Kenntnisse über die hygienischen Bedürfnisse des Kindes im ersten Lebensjahre, die regelmäßige Beratung durch die Organe der Fürsorge, die Renaissance der natürlichen Ernährung, vor allem aber die gesetzliche Ordnung der Wochenhilfe, die sich, wie wir es voraussagen konnten, als ein Bollwerk gegenüber der Säuglingssterblichkeit erwiesen hat, sind an der verminderten Lebensgefährdung der Säuglinge beteiligt, aber der Hauptgrund für den Rückgang der Säuglingssterblichkeit ist im Rückgang der Geburten zu suchen. Geborenwerden und Sterben steht in einer Relation, in einer Wechselbeziehung, für die wir die rechten Gründe nicht kennen, die aber doch Tatsache ist. Als Kain den Abel erschlug, um nur dieses älteste Beispiel solcher Zusammenhänge anzuführen, da zeugten Adam und Eva ein neues Kind, und sie nannten es Seth, d. h. „der Ersatz". Überall wo durch Seuchen ein Teil der Kinder dahingerafft wird, setzt erhöhte Menschenreproduktion ein, und der Verlust ist in wenigen Jahren wieder ausgeglichen, ähnlich wie während und nach einem Kriege auch regelmäßig die Zahl der Knabengeburten gegenüber der der neugeborenen Mädchen ansteigt. Umgekehrt: wenn weniger Kinder erzeugt werden, sinkt automatisch die Sterblichkeit der Säuglinge, natürlich nicht nur absolut, sondern auch relativ zur Zahl der Geborenen. Wir können also nur einen ganz bescheidenen Teil der Erfolge, die wir statistisch in der Erhaltung von Kinderleben buchen dürfen, unserem Verdienste zuschreiben. Nun ist aber eine Tatsache wohl unbestritten und sicher: wer nicht als Säugling gestorben ist, der stirbt später einmal. Die Minderung von Todesfällen, die durch die vermehrten Lebensaussichten der Säuglinge bedingt ist, muß also dazu führen, daß die jetzt verschont gebliebenen Individuen zu irgendeiner späteren Zeit die Sterblichkeitsziffern erhöhen. Wenn heute nur halb so viel der geborenen Kinder im ersten Lebensjahr abscheiden, so werden sie eben in einer späteren Epoche ihres Lebens dieses zu lassen haben. Auch die Sterblichkeit der Kleinkinder und der Schulkinder ist, besonders soweit sie durch akute Infektionskrankheiten bedingt war, ganz wesentlich zurückgegangen. Als Folge haben wir wiederum eine derzeitige Minderung der Sterblichkeitsziffer überhaupt, aber auch wieder eine entsprechende Erhöhung in der Zukunft zu erwarten. Wer nicht als Kind an Scharlach, Diphtherie, Pocken oder etwas ähnlichem stirbt, wird eben später dem Tod seine Schuld bezahlen, d. h. wiederum, die Sterblichkeitsziffer muß in die Höhe gehen. Diese einfache und klare Rechnung fängt man jetzt an allgemein zu verstehen, und wir frohlocken nicht mehr, wie es vor gar nicht langer Zeit in den offiziellen Reden über den Gesundheitszustand in Deutschland Sitte war, darüber, daß wir es so herrlich weit gebracht haben, sondern wir merken eben, daß wir in einer Bevölkerungsinflation stehen, und daß über kurz oder lang die Krisis hereinbrechen muß.

Es kommt, im gleichen Sinne wirkend, eine weitere merkwürdige Tatsache hinzu, daß nämlich die Welt, insbesondere die deutsche Welt, wirklich älter wird. Wir haben heute eine ganz erheblich größere Anzahl von Menschen über 60 Jahren, als das im Jahre 1910 der Fall war. Auch hier heißt es: aufgeschoben ist nicht aufgehoben, gerade diese überalterten Menschen werden in Bälde die Sterblichkeitsziffer ungünstig

beeinflussen. Und umgekehrt sinkt voraussichtlich die Geburtenziffer weiter. In absehbarer Zeit haben wir also mit keinem Bevölkerungszuwachs mehr zu rechnen, sondern mit einer Abnahme. Das bedeutet aber politisch und wirtschaftlich und auch kulturell Verzicht auf eine deutsche Zukunft, und schon in nicht ferner Zeit werden sich Folgen zeigen, die wenig erfreulich sind.

Sobald ein Volk nicht mehr wächst, oder gar seine Bevölkerungszahl abnimmt, wird der Konsum ungünstig beeinflußt. Verminderte Menschenzahl heißt verminderte Konsumentenzahl, verminderte Käuferzahl. Sehr richtig hat Friedrich Naumann bei der Bereisung französischer Provinzstädte, die ja schon vor dem Kriege Abnahme der Bevölkerungszahlen zeigten, darauf hingewiesen, daß man dort nicht neues schafft, sondern nur altes repariert. Schwindende Völker haben kein neues Kunstgewerbe, sondern haften am Stile Louis XVI. oder ähnlichem. Auch für den Export wird es bald an werktätigen Händen fehlen; also keine Warenerzeugung für die Ausfuhr und verminderter Verbrauch im Inlande. Das ist das traurige Schicksal, dem ein an Zahl abnehmendes Volk zwangsläufig entgegengeht. Die kleiner und kleiner werdende Menge von im Produktionsprozeß stehenden Männern und Frauen wird dann zu sorgen haben für eine verhältnismäßig viel zu große Zahl von Volksgenossen, die aus glücklicheren Zeiten noch vorhanden, aber nicht mehr arbeitsfähig sind. Die Unterlage unserer ganzen Alters- und Invalidenversicherung kommt damit ins Wanken.

Leider beabsichtigt man nun durch eine außerordentlich bedenkliche Maßnahme den Willen des Reichs zur Sparsamkeit zu offenbaren, indem die für dieses Jahr fällige Volkszählung ausfallen soll. Die Bestandsaufnahme, die eine solche Volkszählung darstellt, ist aber von ganz besonderer Bedeutung für alle Seiten des Bevölkerungsproblems, nicht weniger wichtig auch vom Standpunkt der wirtschaftlichen und kulturellen Belange. Zählung und Zahl sind die Grundpfeiler, auf denen sich eine vernünftige Bevölkerungspolitik aufbauen muß. Hier sparen, heißt verschwenden.

Gibt es eine Möglichkeit, dem Geburtenrückgang gegenüber zu treten, oder stehen wir einem unerbittlichen Schicksal gegenüber, das durch Menschenwillen nicht mehr beeinflußt werden kann? Nun, diese Frage ist von mir schon oft beantwortet worden. Freilich, was früher leicht war, ist heute schwer. Nötig ist nur, diejenigen, die den Staat von morgen erhalten und stärken wollen, die also die Kinder, die wir für unsere Zukunft brauchen, in die Welt setzen, im Staate von heute so zu stellen, so zu bevorzugen, daß diese Eltern nicht mehr die fast unerträglichen Steuern für die Erstellung der zukünftigen Staatsbürger tragen müssen. Die Aufzucht des nächsten Geschlechts ist eine Angelegenheit der Allgemeinheit, nicht etwa in dem Sinne, daß man nach Fichtes Gedanken die Kinder schablonenmäßig in Anstalten erziehen soll, sondern so, daß sie gewissermaßen von der Allgemeinheit den eigenen Eltern in Pflege gegeben werden, daß also die Allgemeinheit für die Kosten aufzukommen und für günstige Lebensverhältnisse zu sorgen hat. Ich kann nicht auf Einzelheiten eingehen, aber eines: Aus Fehlern der Vergangenheit soll man lernen. Das Deutsche Kaiserreich ist gescheitert an der Zwiespältigkeit zwischen Wort und Tat, zwischen Wollen und Ausführen. Soll das Bevölkerungsproblem wirklich in Angriff genommen werden, so wird man sich vor radikalen Umstellungen der öffentlichen Meinung nicht scheuen dürfen. In der Politik im allgemeinen und in der Bevölkerungspolitik im besonderen muß man Optimist sein, nur dann findet man den Mut, neue Wege in eine bessere Zukunft zu gehen.

---

2. Inwieweit sind Experimente am Menschen zulässig?

Im Reichsgesundheitsrat ist unter dem Vorsitz des Präsidenten Hamel vom Reichsgesundheitsamts am 14. März 1930 die Frage beraten worden, inwieweit experimentelle Untersuchungen am Menschen zulässig sind. Referate wurden hierbei von den Mitgliedern des Reichsgesundheitsrats, Reichtagsabgeordneten Dr. Moses, Geh. Rat Prof. Dr. v. Müller (München), Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Schloßmann (Düsseldorf) und Geh. San.-Rat Dr. Stauder (Nürnberg) erstattet. Die von ihnen vorgelegten Richtlinien fanden die einmütige Zustimmung des Reichsgesundheitsrats. In diesen Richtlinien wird die Unentbehrlichkeit wissenschaftlicher Versuche am Menschen für die notwendigen Fortschritte in der Erkennung, der Verhütung und der Heilung von Krankheiten anerkannt, andererseits die besondere Verantwortung, welche die Vornahme solcher Versuche dem Arzte auferlegt, betont. Jeder Versuch am Menschen soll nach seiner Notwendigkeit wie auch nach der Art seiner Durchführung den Grundsätzen der ärztlichen Ethik entsprechen. Abgelehnt wird jedes grund- und planlose Experimentieren sowie jeder Versuch am Menschen, der durch den Tierversuch zu ersetzen ist, ferner alle Versuche an Sterbenden, soweit sie nicht zum Zweck der unmittelbaren Lebenserhaltung unternommen werden müssen, sowie alle Versuche, mit denen eine Ausnutzung sozialer Notstände verbunden ist. Vorbedingung eines jeden Versuchs am Menschen ist, daß zuvor alle Sicherungen, die durch den Laboratoriums- oder Tierversuch gewonnen werden können, getroffen worden sind. Ein Versuch darf nur eingeleitet werden, nachdem die betreffende Person oder erforderlichenfalls ihr gesetzlicher Vertreter auf Grund einer vorangegangenen Belehrung sich

hiermit einverstanden erklärt hat. Über jeden Versuch ist eine genaue Aufzeichnung zu fertigen. Versuche in Krankenanstalten aller Art dürfen nur von dem leitenden Arzte selbst oder in dessen Auftrag und unter seiner vollen Verantwortung von einem anderen Arzte ausgeführt werden. Bei Kindern sind Versuche, die sie auch nur im geringsten gefährden können, nur insoweit gestattet, als sie zur Feststellung der Diagnose oder zur Verhütung und Heilung von Krankheiten geboten sind. Die Form der Veröffentlichung der Ergebnisse von Versuchen darf die gebotene Achtung vor dem Kranken keinesfalls vermissen lassen. Schließlich wird noch gefordert, daß schon im akademischen Unterricht auf die große Verantwortung, welche die Vornahme von Versuchen am Menschen für einen Arzt mit sich bringt und auf die Notwendigkeit einer auch in ethischer Hinsicht einwandfreien Bekanntgabe der Versuchsergebnisse besonders hingewiesen werde. Die vom Reichsgesundheitsrat empfohlenen Richtlinien werden vom Reichsministerium des Innern den Landesregierungen übermittelt werden und dürften diesen Anlaß zu entsprechenden Maßnahmen geben. A.

Kongresse.

Deutscher Ärztetag in Kolberg.

Bericht von

Dr. **Scheyer** in Berlin.

Im alten historischen Kolberg, einer Perle Pommerns am Strande der Ostsee, das in seltener Weise durch seine Lage und seine Quellen die Eigenschaften des See- und Heilbades vereint, fand am 24. und 25. Juni die Hauptversammlung des Verbandes der Ärzte Deutschlands, nach seinem Gründer „Hartmannbund“ genannt, und in unmittelbarem Anschluß der Deutsche Ärztetag, die alljährliche Haupttagung des Deutschen Ärztevereinsbundes statt.

Am Tage zuvor hielt der Vorsitzende der beiden ärztlichen Spitzenorganisationen, Geh. San.-Rat Dr. Alfons Stauder (Nürnberg), bei einem Empfang der Presse in Berlin einen Vortrag über das Thema „Arzt und Staat“, in dem er ausführte, daß Ärzteschaft und Presse sowohl in ihren Zielen und Aufgaben, wie in ihren Berufssorgen manches Gemeinsame hätten. Beide kämpfen um die Geltung und Anerkennung freiberuflicher Arbeit im Staatsleben und um die gerechte Würdigung ihrer für das Volks- und Wirtschaftsleben unentbehrlichen Leistungen. Beide verlangen eine Reichskammer zur gesetzlichen Anerkennung ihrer bedeutungsvollen Funktionen, wehren sich gegen eine ihnen drohende Entrechtung und werben um das unentbehrliche Vertrauen der öffentlichen Meinung. Stauder skizzierte dann die Probleme, die das Programm der diesjährigen Tagung erfüllen und verweilte besonders bei der vom Staate beabsichtigten Neuregelung der kassenärztlichen Verhältnisse. Er betonte, daß die Ärzteschaft eine Sozialisierung des ärztlichen Standes oder eine Überführung in ein Berufsbeamtentum mit Entschiedenheit ablehne, als unvereinbar mit den schweren Aufgaben der Betreuung einer Riesenschar von Erkrankten. Einschränkungen, die durch die sozialen Zusammenhänge gegeben seien, dürften nur mit Zustimmung der Ärzteschaft und nicht durch Zwang herbeigeführt werden. Es ist nicht leicht, Kassenarzt zu sein. Die in der Öffentlichkeit gegen ärztliche Gewissenhaftigkeit, insbesondere bei der Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit, erhobenen Vorwürfe geben auch, wenn man den Versuch macht, sie durch statistisches Material zu belegen, ein falsches Bild und verkennen die Schwierigkeit der Kunst einer exakten ärztlichen Diagnose, da einerseits das Krankheitsbild objektiv zu werten sei, andererseits die subjektiv geäußerten, schwer widerlegbaren Klagen berücksichtigt werden müssen. Wirkliche Schädlinge sollen nicht in Schutz genommen werden, aber Verallgemeinerungen müssen verworfen werden. Scharf wendete sich der Redner gegen das Verbleiben der Ärzte in der Reichsgewerbeordnung und die Ausdehnung der Gewerbesteuer auf die freien Berufe. Diese Fehlgesetzgebung sei unsozial, weil sie die Erkrankung besteuere, sie ist irreführend, weil sie den Arzt in der öffentlichen Meinung in den Verdacht des Heilgewerbetreibenden bringe, sie ist gefährlich, weil sie notleidende und schwache Elemente des Standes zu geschäftlicher Ausnutzung ihrer Tätigkeit verführen kann. Ein Appell an die Deutsche Presse und ihre verantwortungsbewußte und selbstlose Mitarbeit an den Zielen der öffentlichen Gesundheitspflege schloß die bedeutungsvollen Ausführungen.

Den ersten Tag der Hauptversammlung des Hartmannbundes erfüllten die Vorträge und Beratungen über die Gesetzesvorlage zur Änderung der Krankenversicherung. Dr. Ritter (Berlin) und Dr. Reichert (Leipzig) erstatteten Bericht. Die Vorlage bringt eine erhebliche Einschränkung für die Versicherten, indem das Krankengeld bei Arbeitsunfähigen erst nach drei Tagen gezahlt werden soll, und für jeden Krankenschein und jedes Rezept eine Zahlung von 1 M.[1]) bzw. 50 Rpf. geleistet werden soll, sie greift darüber hinaus sehr empfindlich in das Verhältnis zwischen Ärzten und Krankenkassen ein.

Das Oberversicherungsamt soll das Recht erhalten, nicht nur wie bisher, wenn die Kasse

[1]) Ist inzwischen durch Reichsratsbeschluß auf 50 Rpf. herabgesetzt.

keinen Arztvertrag zu angemessenen Bedingungen schließen kann, sondern unter allerlei kautschuckartigen Voraussetzungen den Kassen die Befugnis zu erteilen, die Sachleistung durch eine Barleistung minderen Wertes zu ersetzen. Bestehende Arztverträge können unter der gleichen dehnbaren Begründung gekündigt werden, das kommt einer völligen Entrechtung der Ärzte gleich. Das Oberversicherungsamt erhält nicht nur die Berechtigung, die Zulassung neuer Kassenärzte zu sperren, sondern kann auch den Abbau verfügen und entscheidet daher über das gesamte Schicksal des ärztlichen Nachwuchses. Der Reichsausschuß, das oberste Organ zur Regelung der Beziehungen zwischen Ärzten und Krankenkassen, durch dessen Tätigkeit bisher ein einigermaßen friedliches Zusammenwirken gewährleistet wurde, soll ausgeschaltet werden und darf in Zukunft nur noch „Richtlinien entwerfen". Der Vertrauensarzt, der bisher nur in Zweifelsfällen die Arbeitsunfähigkeit zu prüfen hatte, erhält das Recht, in den Behandlungsplan und die Anordnungen des Kassenarztes einzugreifen.

Ritter geißelte, nachdem er auf Grund eingehender statistischer Darlegungen der Finanznot und der schwierigen Wirtschaftslage des Reiches vollauf gerecht worden war, auf das schärfste die leichtfertige und flüchtige Art dieser Gesetzesmache und wies die gegen die Ärzteschaft zum Ausdruck kommenden Vorwürfe auf das bestimmteste zurück. Er tadelte die empörende Ungerechtigkeit, die Ärzte, deren aufopferndem und selbstlosem Verhalten während der Inflationszeit die Erhaltung der Krankenversicherung in erster Linie zu danken sei, für die Begehrlichkeit der Versicherten verantwortlich zu machen und legt die Wurzel dieser Entwicklung in überzeugender Weise dar. Die zahlreichen neu hinzugekommenen Mitglieder aus dem Mittelstande mit höheren kulturellen Bedürfnissen, das gesteigerte Auftreten der Frauen im Erwerbsleben, die besseren Verkehrsmöglichkeiten, die Züchtung von seelischer Krankheitsbereitschaft durch Überspannung von Aufklärung und Fürsorge, das sind die wahren Gründe der Kostensteigerung für Arzt und Heilmittel. Die Ärzteschaft bekenne sich nach wie vor zur Krankenversicherung, so weit sie dem Schutze der wirtschaftlich Unselbständigen dient, aber sie wende sich gegen beleidigende Herabsetzung, gegen die kurzsichtige Abwürgung des ärztlichen Nachwuchses, gegen die Unterhöhlung des Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Patienten, sowie dagegen, daß man den Ärzten an Stelle von Rechtsgarantien eine bürokratische Diktatur der Verwaltungsbehörden aufzwingen wolle. Hellmut Lehmann habe mit erfreulicher Offenheit die wahren Beweggründe gekennzeichnet, indem er selbst zugegeben habe, nicht das sachliche Notwendige, das politisch Erreichbare geschieht. Ritter schließt seine Ausführungen unter großem Beifall mit den Worten, daß die Deutsche Ärzteschaft an das Urteil der Welt zu appellieren gezwungen ist, weil sie in ihrem eigenen Vaterlande keine Gerechtigkeit mehr findet.

Die Ausführungen wurden von Reichert in interessanter Weise ergänzt. Die Leitsätze, wie eine Entschließung, durch die die gesetzgebenden Körperschaften gebeten werden, ihre Zustimmung zu der Vorlage zu versagen, werden einstimmig angenommen. Darüber hinaus wurde in einer weiteren Entschließung kein Zweifel darüber gelassen, daß die im Hartmannbunde vereinigte Deutsche Ärzteschaft nicht gewillt sei, diese Entwicklung ohne Widerstand über sich hinweggehen zu lassen, und daß sie alle Maßnahmen ergreifen würde, die geeignet wären, das Eintreten von — für die versicherte Bevölkerung ebenso, wie für die Ärzte — unheilvollen Zuständen zu verhindern.

Von der Hartmannbundtagung ist noch hervorzuheben, daß sich die Jungarztorganisation der Notgemeinschaft zum engen Anschluß an die Spitzenorganisation entschlossen hat, und daß der Verband der praktischen Ärzte seine Auflösung vollzogen hat. Die Ärzteschaft bot ein Bild von Einmütigkeit und Geschlossenheit.

Am 26. Juni, vormittags 9 Uhr, eröffnete Geh. Rat Stauder im großen Saale des Strandschlosses den 49. Deutschen Ärztetag. Er begrüßte die zahlreich erschienenen Vertreter der staatlichen und städtischen Behörden, sowie anderer Körperschaften, nicht zuletzt die der öffentlichen und der Standespresse. Er gedachte der im letzten Jahre dahingegangenen Führer der Ärzteschaft: Bok (Stuttgart), Sardemann (Marburg), Hützer (Köln), und Stülp (Mühlheim), und entwarf in kurzen markanten Strichen ein Bild ihres Wirkens. Mit Worten tiefer Verehrung würdigte er das Andenken des jüngst verstorbenen Wirkl. Geh. Rates Dr. Spielhagen, des Schöpfers der Reichsversicherungsordnung, der in den letzten Jahren ein zuverlässiger Ratgeber der Ärzte war. Er betrauerte tief das tragische Schicksal der bei einer Immunisierungsmaßnahme in ungeklärter Weise in Lübeck dahingerissenen Kinder. Rückhaltlose Aufklärung der Schuldfrage fordert die Ärzteschaft in voller Übereinstimmung mit der öffentlichen Meinung. Stauder stellt dann an die Spitze seiner Ausführungen über die einzelnen Themen der Tagesordnung den Leitgedanken, daß die gemeinsame Zielrichtung aller Kräfte um die Erhaltung der Berufsfreiheit und die Vereinheitlichung des Ärztestandes gehen müsse. Der echte Arzt bedürfe des persönlichen Vertrauens und könne nie durch einen ärztlichen Vollzugsbeamten ersetzt werden. Er, der allen Bevölkerungskreisen dienen soll, bedarf einer öffentlichen Stellung zwischen den Klassen. Eine Reichsärztekammer und eine Reichsärzteordnung, wie sie von der Ärzteschaft seit Jahren gefordert werde, müßte diese Stellung regeln. Auf diese Weise könne auch der Zustrom zum Studium der Medizin gehemmt werden, der in den letzten Jahren jedes erträgliches Maß überschritten habe, obwohl es offenbar sei, daß sein Lauf in ein ungewisses Schicksal führe. Auf das deutlichste verlangt

Stauder die Aufhebung der Kurierfreiheit, die er als eine Forderung des Kulturbedürfnisses der Menschheit bezeichnet.

Aus den zahlreichen Begrüßungsansprachen, die der Eröffnungsrede folgten, sind die Ausführungen des Vertreters des Verbandes kaufmännischer Berufskrankenkassen, Dr. Semmler, als besonders bedeutungsvoll hervorzuheben. Er betonte, daß die Problemstellung für die Ersatzkassen die gleiche sei, wie für die übrigen Träger der Krankenversicherung, und daß es auch zwischen ihnen und der Ärzteschaft schon Differenzen gegeben habe. Grotesk sei es aber, wenn man glaube, diese Schwierigkeit durch Mißtrauen und Zwang lösen zu können. Die Ersatzkassen hätten den Versuch gemacht, Freiheit und Vertrauen an deren Stelle zu setzen und glaubten zuversichtlich, daß der Erfolg allen Beteiligten zukommen werde.

An erster Stelle stand die Beratung über den weiteren Ausbau der Gesundheitsfürsorge, im Anschluß an die Referate der Herren Dr. Schneider (Potsdam) und Stadt-Med.-Rat Dr. Schröder (Oberhausen). Dr. Schneider hob besonders den Gegensatz hervor, der darin liege, daß man einerseits die Befürsorgung der Bevölkerung immer weiter ausdehne, andererseits aber nicht den Mut fände, die Kurierfreiheit, diese schwere Schädigung öffentlicher Gesundheitspflege, zu beseitigen. Die Ärzteschaft sei bereit, im Interesse der Durchführung der Gesundheitsfürsorge Pflichten größten Umfanges auf sich zu nehmen, verlange aber, daß die Heilbehandlung der frei praktizierenden Ärzteschaft vorbehalten bleibe. Einem Abkommen mit dem Deutschen Städtetage und einer Reihe entsprechender Verbände, durch welches in Zukunft eine Zusammenarbeit in der Gesundheitsfürsorge gewährleistet werden soll, wird trotz verschiedener, noch anhaftender Mängel und unter Betonung der in der Ärzteschaft noch bestehenden Bedenken die Zustimmung des Ärztetages erteilt. Diese Gemeinschaftsarbeit solle zunächst für 1 Jahr festgelegt werden unter der bestimmten Voraussetzung, daß den beiderseitigen Belangen in verständnisvoller Zusammenarbeit ausreichend Rechnung getragen wird.

In einem öffentlichen Vortrag beleuchtet alsdann Dr. Diepgen, Professor der Geschichte der Medizin an der Universität Berlin, das Verhältnis der Volksmedizin zur wissenschaftlichen Heilkunde in Vergangenheit und Gegenwart und kam an der Hand zahlreicher Beispiele aus allen Jahrhunderten unter ernster Zurückweisung der merkantilen Angriffe seitens der Kurpfuscherei zu dem Ergebnis, daß die wissenschaftliche Heilkunde letzten Endes nichts anderes sei, als eine wissenschaftlich durchforschte, vertiefte und erweiterte, in ihren Anwendungen gesicherte und von Irrtümern befreite Volksmedizin. Es dürfe in Zukunft nicht mehr heißen: hier Volksmedizin, dort wissenschaftliche Heilkunde, sondern nur eine Heilkunde, eine ärztliche Kunst und Wissenschaft für alle.

Den zweiten Tag der Beratung erfüllte die Aufgabe, Vorschläge zur Reform der ärztlichen Prüfungsordnung zu machen. Berichterstatter waren die Herren Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Schieck (Würzburg) und Prof. Dr. Strube (Bremen). Es wurde ausgeführt, daß es die Aufgabe der Lehrstätten sei, die jungen Mediziner im wesentlichen auf den Beruf des Allgemeinarztes vorzubereiten, und die Hauptfächer der Inneren Medizin, Chirurgie und Geburtshilfe in den Vordergrund zu stellen. Das freie Studium an der Universität sei die beste Form der Ausbildung, Medizinschulen müssen abgelehnt werden. Die Bedingungen zur Zulassung zum Studium seien ebenso zu verschärfen, wie die Anforderungen bei den Prüfungen. Unter allen Umständen wird die Einführung eines 7. klinischen Semesters und die Ausdehnung der praktischen Ausbildung gefordert. Ungeeignete müssen vom ärztlichen Beruf ferngehalten werden. Eine Vermehrung der Prüfungsfächer wurde abgelehnt, der Unterricht in der Sozialhygiene, sowie in anderen, für wichtig gehaltenen Teilgebieten, soll im Rahmen der bestehenden Lehr- und Prüfungsfächer erfolgen. Hierbei wurde die Bedeutung der Röntgenkunde hervorgehoben. In der Diskussion wurde die Antithese besonders bemerkt, die darin liegt, daß der Staat auf der einen Seite den Grundsatz proklamiert: „Freie Bahn dem Tüchtigen" und nicht weniger als 8 Arten von Bildungsstätten die Eignung zur Vorbildung für das akademische Studium zuspricht, während er andererseits den jungen Arzt nach abgeschlossener Ausbildung durch gesetzliche Maßnahmen seiner Existenzmöglichkeit beraubt. In weiteren Entschließungen lehnte der Ärztetag die Gewerbesteuer als dem freien ärztlichen Berufe wesensfremd, sowie jede offene und versteckte Form der Reklame in bestimmtester Weise ab.

Der Vorsitzende schloß mit einem Dank an alle Teilnehmer und mit der Mahnung an die Ärzte: Hart gegen sich selbst, hart in der Berufsauffassung, hart in der Vertretung ihrer Interessen und hart in Disziplin und im Drang nach Einigkeit zu werden, den 49. Deutschen Ärztetag.

Der Bericht soll nicht geschlossen werden, ohne der großzügigen Gastfreundschaft zu gedenken, mit der Pommerns Ärzteschaft, allen voran aber die Stadt Kolberg und die Kolberger Kollegen mit ihren Damen, ihre Gäste und Ehrengäste, sowie deren Angehörige, umschlossen. War es schon bewunderungswürdig, wie die Unterbringung so vieler hunderter, nicht immer anspruchsloser Kollegen in vorzüglichen Hotels und ausgezeichneten Privatlogis gemeistert wurde, so muß mit herzlichstem Danke vergolten werden, wie Stadt und Ärzteschaft bemüht waren, in den Stunden, die der harten Tagesarbeit folgten, für Zerstreuung und Anregung zu sorgen.

Aus ärztlichen Gesellschaften.

In der Sitzung der **Berliner medizinischen Gesellschaft** vom 21. Mai 1930 stellten vor der Tagesordnung die Herren C. Lewin und M. Michael einen 15jährigen Jungen mit Dystrophia adiposo-genitalis vor. Es fand sich eine sehr kleine Sella turcika. Die Kapillaren tragen den Charakter der Archikapillaren und Mesokapillaren. Es handelt sich wahrscheinlich um eine angeborene Anomalie, die nicht als rein hormonale Erkrankung von der Hypophyse aus zu betrachten ist. In der Tagesordnung hielt einen Vortrag Herr Edward C. Rosenow (Mayo-Clinic in Rochester) a. G.: Fokale Infektion und elektive Ansiedlung von Streptokokken. Eine große Reihe von Infektionskrankheiten ist begleitet von Tonsillitis und Zahnkrankheiten, unter denen Pyorrhoe und pulpalose Zähne mit Granulomen vorherrschen. Im Tierversuch kann man aus den Kulturen, die man von den Granulomen gewinnt, Krankheiten erzeugen, wie sie die Träger der Zähne gehabt haben. Es handelt sich um Streptokokken. Die Kulturen haben keine Virulenz im eigentlichen Sinne, sie töten die Tiere nicht, aber sie erzeugen spezifische Krankheiten, die der Quelle der Keime entsprechen. In den Infektionsherden kann eine Ausheilung nicht erfolgen, und da sie einen Abfluß nach außen nicht haben, so können die Keime nur in den Blut- oder Lymphstrom eindringen. Der Sauerstoffmangel des Herdes bewirkt eine besondere Infektionskraft, die die Keime beibehalten. Sie haben eine elektive Inokulationsfähigkeit und rufen spezifische Krankheiten hervor. Die Herde verdienen Beachtung. Kranke Zähne soll man nicht füllen, bis Methoden gefunden sind, welche die Infektion verhindern. Bis dahin soll man infizierte Zähne entfernen, damit sie nicht eine Quelle schleichender Infektion werden. Auch kranke Tonsillen sind die Quelle für fokal bedingte Erkrankungen. Es gibt Krankheitsfälle, bei denen die normale Schleimhaut des Respirationstraktus die fokale Infektion bewirkt. Eine rein mechanische Beurteilung der fokalen Infektion ist nicht richtig. In jedem Falle muß erst die Widerstandsfähigkeit des Körpers überwunden werden. Da mit den isolierten Streptokokken im Tierversuch eine Reihe von Krankheiten erzeugt werden kann, welche die menschliche Erkrankung wiederholen, ist es angezeigt, die Ergebnisse der Forschungen im Interesse von Verhütung der Krankheiten zu verwenden. In der Aussprache hierzu vermag Herr Krückmann den Ausführungen von Rosenow nicht ohne weiteres zuzustimmen; Iritiden können in der gleichen Form von mannigfachen Organismen aus entstehen. Die Infektion geht hauptsächlich von den Zähnen, den Tonsillen und der Uretra aus. Herr Precht (Königsberg) wirft die Frage nach dem praktischen Vorgehen in der Zahnheilkunde auf. Man kann pulpalose Zähne, deren Kanal infiziert ist, nicht vollkommen sterilisieren. Dementsprechend soll man, wenn der Verdacht einer fokal bedingten Organerkrankung besteht, die durch Beseitung anderer Herde nicht zu heilen ist, pulpalose Zähne entfernen. Die Behandlung der Infektionsherde von der Wurzel aus ist unzuverlässig und nimmt zu viel Zeit in Anspruch. Man soll auch pulpalose Zähne gesunder Menschen entfernen, wenn die Möglichkeit besteht, daß herabgesetzte Widerstandsfähigkeit zu einer Erkrankung führt. Glaubt man, daß die Herde harmlos sind, so darf man konservativ behandeln, wenn auch eine gewisse Gefahr darin liegt. Paradentosen haben Abfluß nach der Mundhöhle, sind also günstiger zu bewerten. Die Ausdehnung des Gebietes der fokalen Infektion ist noch nicht begrenzt. Herr von Eycken zweifelt an einer Organspezifität, weil z. B. von einer Angina aus verschiedene Organe erkranken können. Herr Möhring sieht die Gefahr einer fokalen Infektion schon von dem Augenblick an gegeben, wenn ein Instrument an den harten Zahn gebracht wird. Herr Walter Fränkel setzt Steinbildungen in den Nieren, Hämaturie, Erkrankungen der Niere in der Schwangerschaft und auch die Pyelitis gravidarum in Abhängigkeit von Zahnkrankheiten. Herr Goldscheider fragt, um was für Steine es sich bei den Nierensteinen handelt. In Betracht kämen nur Phosphatsteine. Was ist über puerperale Sepsis von Zahnherden aus bekannt? Herr Fränkel erklärt die Steine in der Niere für diathetisch bedingt. Die Diathese wird durch die Infektion geändert. Herr Adrian identifiziert die Prophylaxe mit der Wurzelbehandlung. Ein entstandener Herd kann reaktionslos bleiben, und man kann ihn auch ausheilen. Wenn eine Organerkrankung von einem fokalen Herd aus besteht, dann ist die Entfernung der Zähne bei schwerer Erkrankung am sichersten. Sonst aber darf man sich mit der Wurzelbehandlung begnügen. Herr G. Rosenow berichtet über eigene Kaninchenversuche, aus denen die elektive Eigenschaft der aus Granulomen stammenden Kulturen hervorgeht. Herr Gudzent hält eine Skepsis für angezeigt, soweit der Rheumatismus in Frage kommt. Die Rheumatismusknötchen haben mit Streptokokken nichts zu tun. Der chronische Rheumatismus ist etwas anderes als der akute Gelenkrheumatismus. Vielleicht ist der primär chronische Rheumatismus eine Überempfindlichkeitsreaktion. Man hat nämlich für einen Teil der chronischen Rheumatismen eine Überempfindlichkeit auf Schimmelpilze nachgewiesen, für einen anderen ein solche auf Bakteriengemische. Zahnerkrankungen hat man nur in etwa 12 Proz. bei chronischen Rheumatismen statistisch festgestellt. Die Entfernung der Tonsillen hat bei chronischen Rheumatismus keinen einheitlichen Erfolg. Herr I. Citron hatte Gelegenheit, einen Kranken zu behandeln mit einem chronischen Kniegelenkerguß, der jahrelang bestand und auch schon punktiert worden war. Die Entfernung von sieben pulpalosen Zähnen erreichte ein plötzliches Verschwinden des Ergusses. Bei pulpalosen Zähnen kann man chronische Tonsillitis finden. Vielleicht ist sie schon eine sekundäre Krankheit. Auch gesund aussehende Zähne können Granulome tragen. Herr Ad. Gutmann hat eine ganze Reihe von Augenkrankheiten für dental bedingt erkannt. Sie heilten nach Beseitigung der kranken Zähne. Herr Rosenow spricht ein Schlußwort. F.

Therapeutische Umschau.

Die Diurese mit Salyrgan

läßt sich nach Fleckseder (Wien. klin. Wschr. Nr. 5) steigern, wenn man Salmiak dazu gibt. Er empfiehlt Ammon. chlorat. 5, Aqu. font. 120, Syrup. aurantior. ad 150 und läßt diese Menge schluckweise im Laufe eines Tages verbrauchen. Manchmal muß die Salmiakkur wegen schlechter Verträglichkeit unterbrochen werden. Salyrgan wird als Mischspritze 1—2 ccm + 10 ccm dehydrocholsaures Natrium + 20 ccm 33 proz. Traubenzucker gegeben. — Als eine verbesserte Form der oralen Salmiaktherapie empfehlen Saxl und Erlsbacher (Wien. klin. Wschr. Nr. 4) Gelamon, das im wesentlichen eine Adsorption des Ammoniumchlorids an Gelatine darstellt. Dieses Präparat wird recht gut vertragen; man gibt 2 Tage vor der Salyrganinjektion, am Injektionstage und am folgenden Tag 5—10 mal 2 Gelamonpastillen pro die.

Bei Asthma

hat Hajos (Ther. Gegenw. Nr. 1) gute Resultate mit Purinderivaten erzielen können. Er empfiehlt folgende Verordnung: Theophyllin, Amidopyrin āā 2,0, Luminal, Papaverin. hydrochl. āā 0,3, Extract. Belladonnae 0,1. Div. in dos. aequ. Nr. X, D. S. 2—3 Pulver täglich; man kann auch je nach Lage des Falles Belladonna und Amido-

pyrin fortlassen. Diese Mischung ist auch in Tablettenform als Asthmatrop und Asthmamid im Handel.

Bei Bronchitis

empfiehlt Leß (Dtsch. med. Wschr. Nr. 4) Polygalysatum als Expektorans, das ein Dialysat aus Rad. Polygalae senegae darstellt. Angenehmer als das offizinelle Dekokt. — Von Nissen-v. Kern (Dtsch. med. Wschr. Nr. 6) wird Ipecopan empfohlen, das sich auf dem Boden des alten Doverschen Pulvers aufbaut. Im allgemeinen 3 mal täglich 2 Tabletten nach dem Essen, nicht auf nüchternen Magen. Die 2 Tabletten werden mit $^1/_4$—$^1/_2$ Stunde Abstand gegeben.

Insulin per os

soll nach Stephan wirksam sein, wenn es mit Gallensäuren zusammen gegeben wird. Brugsch und Horsters (Dtsch. med. Wschr. Nr. 1) teilen mit, daß es tatsächlich mit Hilfe von Insulinträgern gelingt, eine wesentliche Wirkung auf den Blutzuckerspiegel und auf die Glykosurie zu erzielen und ähnliche Wirkungen wie mit parenteraler Insulindarreichung auszulösen. — Umber und Rosenberg (Dtsch. med. Wschr. Nr. 5) kommen zu dem Ergebnis, daß das perorale Insulin (Cholosulin) bei der Diabetesbehandlung praktisch ohne Bedeutung ist.

Als neues Schlafmittel

empfiehlt Zuelzer (Med. Klin. Nr. 1) Dormen, chemisch Diallylazetylisovalerianyl-Harnstoff. Im allgemeinen genügt eine Tablette zu 0,2, um 6—8 Stunden Schlaf zu erzielen. Bemerkenswert ist die Schmerzbekämpfung; unangenehme Nebenwirkungen wurden nicht beobachtet.

Beim Ulcus cruris

hat Mattissohn (Dtsch. med. Wschr. Nr. 2) gute Resultate mit der Salbenkombination Philonin erzielt. Die Verbände werden im Anfang alle 2 Tage, später in längeren Abständen bis zu einer Woche erneuert.

Johannessohn (Mannheim).

Das Neueste aus der Medizin.

Kallikrein, ein neues Kreislaufhormon.

Zu den bekannten Hormonen tritt eine Neuerscheinung: das von Frey an der Sauerbruchschen Klinik entdeckte „Kallikrein". Ein Körper, dessen Wirkung das System der peripheren Arterien und Arteriolen betrifft, der hier — allerdings nur hier! — als neuer Antagonist des Adrenalins auftritt und den Blutdruck senkt. Interessant und fast dramatisch mutete es an, wie Frey die Geschichte dieser Entdeckung in der „Berliner medizinischen Gesellschaft" erzählte, die Geschichte von einem — notabene chirurgischen! — Kliniker, der auf Grund einer Beobachtung ins Laboratorium ging, um nachher den dort gefundenen und den destillierten Schatz wieder in die Klinik zu tragen und als wahrer Arzt vor jeder Veröffentlichung erst in großem Maße therapeutisch zu erproben. Wahrlich, das ist moderne Medizin dem Geiste nach! Auch wenn sich nicht alle Hoffnungen, die sich einstweilen um das Kallikrein ranken, erfüllen sollten, kann das gesagt werden.

Die Eigenschaft des Urins, bei Einspritzung in den Kreislauf — Tierexperiment! — den Blutdruck zu senken und die Schlagfrequenz zu erhöhen, wird für Frey Ausgangspunkt. Keiner von den vielen bekannten Stoffen im Urin, an dem man solche Fähigkeit je gefunden hätte! Demnach ein neuer, unbekannter, man muß ihn finden, isolieren, anreichern, analysieren. Das ist zuviel Zumutung für einen Medizinerverstand und eine Chirurgenhand! Zum Glück hat man in der nächsten Nähe — denn Sauerbruch ist ja noch in München — den großen Willstätter, den chemischen Nobelpreisträger; er wird interessiert und gibt einen seiner besten Männer für diese Arbeit her. So gelingt, wenn nicht die absolute Reindarstellung (das weiß man heute noch nicht) doch wenigstens eine mächtige Anreicherung; in Bruchteilen von Milligrammen übt die erhaltene Fraktion mächtigste hormonale Wirkungen aus, und physiologische Standardisierung wird möglich. Was man in der Hand hat, chemisch betrachtet, bleibt abzuwarten, vermutlich ein Enzym. Herstellungsort im Organismus sei das Pankreas, meint der Entdecker; dagegen äußert Minkowski, der zu diesem Abend nach Berlin gekommen ist, in der Aussprache begründete Bedenken. Zu finden ist das Hormon fast überall, im kreisenden Blut freilich inaktiv vermöge Bindung an einen anderen Körper, von dem es erst durch Ansäuerung befreit wird. Durchaus verschieden ist es vom Insulin, es löst sich weder in Alkohol, noch macht es hypoglykämische Erscheinungen, aher es hat doch die merkwürdige Fähigkeit, einen erhöhten Blutzuckerspiegel bis zur Norm, nicht weiter, zu senken. Doch glaubt Frey deshalb nicht an klinische Anwendbarkeit beim Diabetes mellitus.

Dagegen stellt er Verwendbarkeit beim kranken Menschen fest bei einer ganzen Reihe von Zuständen örtlicher oder allgemeiner arterieller Hypertension mit Gefäßkrämpfen und Ernährungsstörungen; Erfolge sind vorhanden, teils sogar recht gute, teils befriedigende. So bei der Angina pectoris, bei genuiner Hypertonie, vor allem aber mit besonders auffallendem Effekt bei den

angiospastischen Zuständen der Bewegungsorgane, der Dysbasia angiosclerotica, der Raynaudschen Krankheit, wo Gangrän und Amputation bei dieser Behandlung eingeschränkt werden können — scheint es. Darreichung geschieht mittels Injektion, Wirkung tritt zuweilen erst nach wochenlanger Behandlung auf, Geduld muß also bei dem Werke sein. Da die genannten Zustände bisher der Therapie so ziemlich trotzen und für die Kranken sehr quälend sind, ist der Neueinführung eines wirksameren Mittels ein starker Widerhall wohl sicher.

Die Neuordnung der Krankenversicherung.

Während dieser Saurengurkenzeit wird uns Ärzten wieder einmal eindringlich das garstige, das politische Lied gesungen. Eine in chronischer Finanzmisere dyspnoisch sich quälende Regierung will plötzlich und im Blitzzugtempo die Krankenversicherung reformieren und das deutsche Volk dazu bringen, in gesundheitlichen Dingen nicht mehr über seine Verhältnisse zu leben. So etwas wird nach langjähriger guter Gewohnheit — aber ein Brauch, davon der Bruch mehr ehrt als die Befolgung! — stets auf dem Rücken der Ärzte ausgepaukt. Zwar der Krankenversicherung selbst geht es gar nicht einmal schlecht, aber sicher ist, daß sie zuviel braucht und daß man mit diesem Zuviel andere Zweige der Sozialversicherung bequem sanieren kann. Und da die Ärzte wie immer an diesem Zuviel die Schuld haben, wird ein Hagel von Knebelbestimmungen auf sie herabgelassen. Die Vertrauensärzte der Kassen werden in Zukunft nicht allein die Arbeitsunfähigkeit nachprüfen, sondern auch in die Behandlungsmaßnahmen der Kassenärzte hineinzureden haben. In einer internen Besprechung mit Regierungsvertretern wurde sogar der Vorschlag gemacht und ernsthaft diskutiert, daß vor der Aushändigung des Behandlungsscheins ein Vertrauensarzt die Notwendigkeit der Behandlung nachprüfen solle!!! So unmöglich dies alles erscheint, eins muß doch beachtet werden: Es wird hiermit der erste Schritt getan, die Krankenversicherung bei ihren eigenen Mitgliedern unmöglich zu machen und zu diskreditieren, während zugleich durch die anderen Bestimmungen (Beteiligung an Arznei- und Arztkosten, Verminderung des Krankengeldes) ein Ansatz gemacht wird, den Kassenmitgliedern ein Stückchen der Selbstverantwortung im Krankheitsfalle zurückzugeben, was verständig und richtig ist, wenigstens im Prinzip, aber im jetzigen Augenblick die Beliebtheit dieser kostspieligen Institutionen auch nicht erhöhen wird. Die Regierung geht tatsächlich jetzt gezwungen einen ganz neuen Weg, und dem ersten Schritt wird mit der Zeit der zweite und dritte folgen müssen. Beim ersten sind wir Herr, beim zweiten sind wir Knechte! Kommt die Neuordnung auf der beabsichtigten Basis zustande, so sind völlig unabsehbare Perspektiven eröffnet!

Über die Lebensdauer der Spermatozoen

haben Popa und Marza neuerdings in der Biologischen Gesellschaft zu Paris Untersuchungen vorgetragen, von denen eine Tageszeitung berichtet. Die Forscher kamen bei Arbeiten an Hunden und Meerschweinchen zu Ergebnissen, die den bisher geltenden Anschauungen stark widersprechen. Nach Popa und Marza ist die Uterusschleimhaut kein geeigneter Nährboden und Aufenthaltsort für die Samentierchen, die vielmehr auf ihr in kürzester Zeit ihre Lebensäußerungen einstellen. Auch wurde Phagozytose der Spermatozoen durch aus der Schleimhaut ausgetretene Leukozyten festgestellt. Die Frage dürfte daraufhin einer erneuten Nachprüfung auch beim Menschen würdig sein. Dr. Richard Wolf.

Tagesgeschichte.

Rundfunkprogramm für August 1930. Auf Welle 1649 über Königswusterhausen. 15. August 1930 19,25—19,40 Uhr Dr. Karplus (Berlin): Wann soll der Praktiker zu diagnostischen Zwecken eine Röntgenuntersuchung vornehmen?; 19,40 bis 19,45 Uhr: Das Neueste aus der Medizin. 29. August 1930 19,25—19,40 Uhr Prof. Dr. Seligmann (Berlin): Ist die Diphtherieschutzimpfung auf Grund der bisherigen Erfahrungen zu empfehlen?; 19,40—19,45 Uhr: Das Neueste aus der Medizin.

Eine **Kindergesundheitswoche** hat Anfang Juli wiederum in England stattgefunden. Es ist dies das 14. Mal, daß die Kindergesundheitswoche abgehalten wurde. Sie hat sich im wesentlichen auf 3 Gesichtspunkte beschränkt, 1. Kampf gegen die Müttersterblichkeit speziell im Wochenbett, 2. Belehrung derjenigen gehobeneren Bevölkerungskreise, die nicht zum Besucherkreis der Fürsogestellen gehören, und 3. die Fürsorge für das vorschulpflichtige Kind.

Für die **Finnlandreise** der Deutschen Gesellschaft für ärztliche Studienreisen ist folgendes Programm in Aussicht genommen: Beginn am 23. August in Stettin, Dampferfahrt Stettin-Helsingfors, Helsingfors und Umgebung, Wiborg, Imatrafälle, Sortavala, Klosterinsel Walamo im Ladogasee, Savonlinna (Nyslott) mit Olofsburg, Fahrt über den Saimasee, Kuopio, Rückfahrt nach Helsingfors, dann Besuch von Reval und Riga, Ende der Reise am 7. September in Königsberg unmittelbar vor Beginn der Naturforscherversammlung. Bei ausreichender Beteiligung wird eine Gruppe abgezweigt für die Stromschnellenfahrt im Norden, Vaala bis Muhos (Uleaborg), unter Verzicht auf den Ladogasee. Anfragen und Meldungen sind zu richten an die Deutsche Gesellschaft für ärztliche Studienreisen, Berlin W 9 Potsdamer Str. 134b.

Sportärztlicher Ausbildungskurs in Lochau am Bodensee. Die Landesverbände Baden und Württemberg des Deutschen Ärztebundes zur Förderung der Leibesübungen veranstalten in der Zeit vom 3.—15. September d. J. einen sportärztlichen Ausbildungskurs in Lochau bei Bregenz am Bodensee (Österreich). Der Kurs umfaßt in Theorie und Praxis die wichtigsten Sportarten unter besonderer Berücksichtigung des Wassersportes und bezweckt, den Teilnehmern durch gründliche theoretische und praktische Ausbildung einen Überblick über die sportärztlichen Untersuchungsmethoden und einen Einblick über die praktische Tätigkeit des Sportarztes zu geben sowie ihnen die Kenntnis der einzelnen Sportarten durch persönliches Üben zu vermitteln. Der Kurs ist vom Deutschen

Ärztebund zur Förderung der Leibesübungen anerkannt und bietet daher die Möglichkeit der Erwerbung des Berechtigungsscheines zur Ausübung sportärztlicher Tätigkeit. Teilnahmeberechtigt sind die approbierten Ärzte und Ärztinnen Deutschlands und Österreichs. Unterbringung: Strandpalasthotel Lochau am Bodensee (Österreich). Pensionspreis einschl. Zimmer für die Dauer des Kurses 85 M. Die Einschreibegebühr für den ganzen Kurs beträgt für Mitglieder des Deutschen Ärztebundes zur Förderung der Leibesübungen 20 M., für Nichtmitglieder 25 M. Für Arztgattinnen ermäßigt sich die Einschreibegebühr um die Hälfte. Einzahlungen nur auf das Postscheckkonto 22050 Karlsruhe, Frl. Dr. Lang, Pforzheim. Anmeldungen und Anfragen an die Kursleitung: Dr. Duras, Freiburg i. Br., Sportärztliches Institut der Universität, Albertstr. 14.

Ärztlicher Fortbildungslehrgang in Bad-Nauheim. Der VII. Fortbildungslehrgang der Vereinigung Bad-Nauheimer Ärzte findet vom 2. bis 4. Oktober 1930 über Pathologie und Therapie der Zirkulationsstörungen statt. Die wissenschaftliche Arbeit des Lehrganges wird von Veranstaltungen der Bad- und Kurverwaltung umrahmt. In den Hotels und Pensionen genießen die Teilnehmer Vergünstigungen. Auskunft erteilt der Geschäftsführer des Fortbildungslehrganges, Med.-Rat Dr. Grünbaum, Bad-Nauheim, Frankfurterstraße 27.

An der Medizinischen Fakultät der Universität Leipzig finden vom 20. Oktober bis 1. November 1930 **unentgeltliche Fortbildungskurse und Vorträge für praktische Ärzte** statt. Programme können unentgeltlich vom Sekretariat der Medizinischen Fakultät Leipzig C 1, Augustusplatz 5 rechts II bezogen werden. Es wird eine einmalige Einschreibegebühr von 5 M. durch die Quästur der Universität (Postscheckkonto Leipzig Nr. 57616) erhoben.

Die Deutsche Zentrale für Gesundheitsdienst der Lebensversicherung ist in der letzten Mitgliederversammlung des Reichsausschusses für hygienische Volksbelehrung gewählt worden. Zum Vertreter der Zentrale wurde der wissenschaftliche Leiter der Zentrale Dr. O. Neustätter bestimmt. In der Zentrale sind die deutschen privaten Lebensversicherungsgesellschaften zusammengeschlossen, die die Arbeit im Dienste der Gesundheitspflege fördern, die als periodische ärztliche Gesundheitsuntersuchung und individuelle Beratung kostenlos schon über 200000 Versicherten zukommt, und in Form von belehrender Literatur über 500000 Versicherten regelmäßig zugeht.

Ferienreisen der Schiller-Akademie. Die Schiller-Akademie zu München, die sich in jahrelanger, gemeinnütziger Tätigkeit allgemeine Anerkennung erworben hat, veranstaltet im Verfolg ihrer kulturellen Bestrebungen auch in diesem Sommer wieder mit günstig gelegenen Ausgangspunkten an der deutschen Grenze eine Reihe von allgemein zugänglichen Ferienreisen unter bester künstlerischer und wissenschaftlicher Führung. So je eine Studienfahrt nach London und Paris mit jeweils achttägigem Aufenthalt, der eine Besichtigung der bedeutendsten Kunstschätze und Sehenswürdigkeiten, des Straßenlebens und all dessen vorsieht, was den Zauber dieser Weltstädte ausmacht. Die Reise nach London gibt auch Gelegenheit zum Besuch von Oxford, Stratford, der Insel Wight und der beiden internationalen Ausstellungen in Antwerpen und Lüttich. Von Paris aus werden Versailles, Reims und die Schlachtfelder besucht. Den Abschluß des Programms bildet eine Septemberfahrt nach Spanien mit Ausflug nach Marokko. Ausführlichen Prospekt zu diesen ebenso interessanten als billigen, allseits unterstützten Fahrten gegen 15 Pf. Porto kostenlos durch die Verwaltung der Schiller-Akademie, München-Grünwald.

Voruntersuchung gegen die Lübecker Ärzte wegen fahrlässiger Tötung. Auf Antrag des Oberstaatsanwalts ist das Verfahren gegen Unbekannt, das zur Klärung der Schuld an dem Lübecker Säuglingssterben eröffnet worden war, in eine Voruntersuchung wegen fahrlässiger Tötung gegen den Direktor des Allgemeinen Krankenhauses Lübeck, Prof. Dr. Deyke, gegen den Direktor des Kinderhospitals Prof. Dr. Klotz, gegen Obermedizinalrat Dr. Ahlstedt und gegen die Laboratoriumsschwester von Prof. Deyke, umgewandelt worden. Veranlassung hierzu gaben die Protokolle des Untersuchungsausschusses der Bürgerschaft. Es wird sich vor allem darum handeln, ob von amtlicher Stelle nach Feststellung der Giftigkeit der Calmette-Präparate alles getan worden ist, um weiteres Unglück zu vermeiden.

Großer Erfolg der Internationalen Hygieneausstellung Dresden 1930 Die finanziellen Erwartungen, die man an die Internationale Hygieneausstellung gestellt hat, sind in den bis jetzt vergangenen Wochen nicht nur voll erreicht sondern in einigen Positionen bereits überholt worden. Dieser Erfolg ist auf die allgemeine Anerkennung zurückzuführen, die die Ausstellung in der deutschen Fach- und Auslandspresse gefunden hat, und dürfte ein dauernder sein, wie schon die Tatsache beweist, daß 210 Kongresse während der Ausstellungsdauer bis Oktober in Dresden tagen. Rein zahlenmäßig ist bisher der Besuch der Internationalen Hygieneausstellung größer als der der Gartenbauausstellung 1926 in den gleichen Wochen, die bis heute von allen Dresdener Nachkriegsausstellungen am besten abschneiden konnte. Die Besuchsziffern liegen bisher durchweg in gleicher Höhe wie die der Hygieneausstellung von 1911.

Personalien. Der Priv.-Doz. der inneren Medizin Dr. H. Cramer (Berlin) wurde zum a. o. Professor ernannt. — Dr. med. Hans Gammel (Würzburg) wurde zum Assistent-Clinical-Professor der Dermatologie an der Western-Reserve University in Cleveland (Ohio) gewählt. — Die Münchener Professoren Felix Plaut und Walter Spielmeyer wurden von dem Instituto Teutobrasileiro alta Cultura eingeladen, in Rio de Janeiro Kurse über Serologie und experimentelle Therapie und über pathologische Anatomie des Gehirns zu halten. — Prof. Ludolf Brauer, Leiter des Eppendorfer Krankenhauses, wurde zum Rektor der Universität Hamburg gewählt. — Zum Nachfolger von Prof. K. Menge auf den Lehrstuhl der Frauenheilkunde in Heidelberg ist Prof. Heinrich Eymer (Innsbruck) in Aussicht genommen. — Prof. Haertel (Halle), der acht Jahre lang als Leiter der chirurgischen Klinik an der medizinischen Akademie in Osaka wirkte, kehrte nach Deutschland zurück. — Prof. Oskar Gans hat einen Ruf auf den Lehrstuhl für Dermatologie in Frankfurt a. M. an Stelle von Prof. Herxheimer erhalten. — In Hamburg habilitierten sich Dr. Kurt Sonnenschein, bisher Privatdozent in Köln, für Tropenhygiene und Bakteriologie, Dr. Werner Borchardt für Tropenphysiologie und -hygiene. — Dr. Oskar Eichler habilitierte sich in Giessen für Pharmakologie, Dr. Paul Frick für Kinderheilkunde. — Prof. Robert Rössle, Direktor des Pathologischen Institutes in Berlin, wurde zum ersten Vorsitzenden der Berliner Gesellschaft für pathologische Anatomie und vergleichende Pathologie gewählt. — Die Deneke-Medaille des Hamburger Krankenhauses St. Georg ist an die Assistenten Dr. Hermann Bennhold, Dr. Herbert Bock und Dr. Curt Wiede verliehen worden. — Geh. San.-Rat Wilhelm Hansberg (Dortmund) wurde zum Ehrenbürger, Universitätskurator Präsident Dr. Peters und Landesfinanzamtspräsident a. D. Dr. Schmedding wurden zu Ehrendoktoren der Medizin von der Universität Münster ernannt. — Dr. Gottfried Eismayer, Privatdozent für innere Medizin in Heidelberg, hat sich nach Göttingen umhabilitiert. — Med.-Rat Ferdinand Krumm, Chefarzt des Evangelischen Diakonissenhauses in Karlsruhe ist im Alter von 65 Jahren gestorben. — Prof. Wilhelm Müller, emeritierter Direktor der Chirurgischen Klinik in Rostock, wurde 75 Jahre alt. — Der Oberarzt der Prinzregent-Luitpold-Kinderheilstätte Scheidegg im Allgäu, Dr. Hans Heinrich Knüsli, wurde zum Chefarzt der neuerbauten Kinderheilstätte Harzgerode (LVA. Sachsen-Anhalt) gewählt.

Erinnerungstage aus der Geschichte der Medizin. 5. August 1880. 50 Jahre. In Wien stirbt der Dermatologe Ferdinand Ritter von Hebra.

Fortsetzung auf Anzeigenseiten 4, 13 und 15.

Lippert & Co. G.m.b.H., Naumburg (Saale)

Nr. 8 1. 8. 1930

MEDIZINISCH-TECHNISCHE MITTEILUNGEN

aus den Gebieten der

instrumentellen Technik einschl. Heil-Apparate u. Krankenmöbel, Elektromedizin, Optik, medizinische Chemie und Nährmittel, Balneologie und Bädereinrichtungen

Redaktion: Berlin NW 6, Luisenplatz 2—4

mit besonderer Berücksichtigung der Dauer-Ausstellung für die ärztlich-technische Industrie im Kaiserin Friedrich-Hause für das ärztliche Fortbildungswesen

Verlag: Gustav Fischer in Jena

Erscheint als unentgeltliche Sonderbeilage der „Zeitschrift für ärztliche Fortbildung" in zwangloser Folge.

Aus der chemisch-pharmazeutischen Dauerausstellung im Kaiserin Friedrich-Haus.

Moderne Arzneimittel[1]).

Von

Apotheker **A. H. Matz** in Berlin.

Kallikreïn.

Kallikreïn ist ein Kreislaufhormon von gefäßerweiternder Wirkung. Der Antagonist ist Adrenalin, das gefäßverengernd wirkt. Nach Ansicht von Frey und Kraut wird es im Pankreas gebildet, hat aber mit Insulin physiologisch nichts zu tun. Die direkte Beeinflussung des Herzmuskels äußert sich in der Regulierung einer unregelmäßigen und ungeordneten Herztätigkeit. Das Ausmaß der Amplitudenvergrößerung dient zur Standardisierung des Hormons. Mit 1 E. bezeichnet man jene Menge, die bei Hunden nach intravenöser Injektion eine starke, mehrere Minuten anhaltende Drucksenkung in der Halsschlagader verursacht. Überall wo der gefäßverengernde Anteil der Kreislaufregulation die Überhand gewonnen hat, ist Kallikreïn anwendbar: intramuskulär, täglich 1—2 E. Nach wenigen Einspritzungen wurde das Verschwinden der Gefäßkrämpfe und eine Abnahme der subjektiven Beschwerden wahrgenommen. Auch bei intermittierendem Hinken, Raynaudscher Gangrän, Angina pectoris und manchen Störungen des Klimakteriums ist Kallikreïn indiziert.

Packungen 5 Amp. zu 1,1 ccm mit 2 E. in 1 ccm. Preis: 5 M.

Hersteller: IG. Farben-Industrie A. G. Leverkusen.

Amatin.

Die diaphoretische Wirkung der Salizylpräparate, auch des Aspirins, war nicht immer erwünscht, besonders nicht bei schweren fieberhaften Erkrankungen, bei denen wegen einer schon bestehenden Kreislaufschwäche jegliche Belastung vermieden werden muß. Das Amatin ist eine Azetylmetakresotinsäure mit allen Eigenschaften des Aspirins, aber ohne starke Schweißentwicklung. Es kommt daher in Frage, wo, wie oben gesagt, gegenüber dem Aspirin eine gewisse Schonung des Kranken erforderlich ist. Die Dosis ist ebenso wie von Aspirin und in Wasser, Zitronenlimonade oder Tee zu nehmen.

Röhrchen mit 20 Stück zu 0,5 = 1,50 M.

Hersteller: IG. Farben-Industrie A. G. Pharm. Abt. Leverkusen.

Dysphagin.

Diese Tabletten bestehen aus Tutokain, Anästhesin āā 0,01, Menthol 0,05 und Zucker und bilden ein Anästhetikum, das bei langsamem Zergehenlassen auf der Zunge eine schnelle Beseitigung von Hals-, Nasen- und Ohrenschmerzen herbeiführt. Auch zur Vorbereitung von Eingriffen in der Mundhöhle und im Rachen ist Dysphagin infolge seiner anästhesierenden Wirkung gut brauchbar.

1 Blechschachtel mit 30 Tabl. = 2 M.

Hersteller: Gödecke u. Co., Chem. Fabr. A.-G. Berlin-Charlottenburg.

Prolan.

Das von B. Zondek gefundene Hypophysenvorderlappenhormon hat den Namen Prolan erhalten. Von ihm aus wird das Ovarialhormon mobilisiert, durch welches sekundär die Brunst ausgelöst wird. Diese spezielle Eigenschaft wird zur Eichung des Präparates verwertet. Die kleinste Menge, welche bei jugendlichen Ratten, die sonst noch keine Brunst zeigen, Brunsterscheinungen hervorruft, gilt als Ratten-Einheit (R.-E.). Das Mittel wird intramuskulär injiziert, und zwar täglich 100 bis 300 R.-E. Als Indikationen werden genannt Infantilismus, Menstruationsstörungen zur Herbeiführung normaler Zyklen, starke Blutungen. Auch bei Männern, wo größere sexuelle Störungen auf einer Unterfunktion des Hypophysenvorderlappens beruhen, kann Prolan wirksam sein.

Hersteller: IG. Farben-Industrie, Pharm. Abt. Leverkusen.

Targesin.

Kolloidale komplexe Diazetyltanninsilbereiweiß.

Targesin ist ein dunkles, metallisch-glänzendes Silberpräparat mit 6 Proz. Ag. Es ist in Wasser leicht löslich und besitzt als Vorzug die Eigenschaft, nicht zu ätzen und keine Fällung mit Eiweiß und Kochsalz zu bilden. Dadurch ist bei seiner Verwendung als Gonorrhöemittel ein Eindringen bis in die Littréschen Drüsen ermöglicht und wegen seiner Tiefenwirkung eine stark gonokokkentötende Wirkung und langanhaltende Entwicklungshemmung zu erzielen. Es wird als absolut reizlos bezeichnet. Sein Hauptanwendungsgebiet ist die Gonorrhöe in 1—1½—2proz. Lösungen und bei Frauen für die Urethra 6—10 Proz., ferner als Targesinstäbchen 10 Proz. Auch in der Ophthalmologie, Rhino-Laryngologie, in der Chirurgie und Dermatologie findet Targesin erfolgreiche Verwendung. Zum Gebrauch in der Innern Medizin bei Magen-Darmkrankheiten gibt es Tabletten zu 0,25, die bei chronischer Gastritis, Gastroenteritis und bei akuten Darmerkrankungen (Kolitis, Dysenterie, Paratyphus B) empfohlen werden.

Für Substanz oder Lösung: Rezepturpreis d. Reichs-Arzneitaxe 1 g = 0,50 M.

Targesin-Stäbchen (10 Proz.) 20 St.		= 2,45 M.
„ -Zäpfchen (10 Proz.) 12 St. zu 2,0		= 2,30 M.
„ -Salbe (5 Proz.) für Auge u. Nase	5 g	= 1,— M.
„ -Salbe (5 Proz.) f. and. Anwend.	30 g	= 1,75 M.
„ -Salbe (5 Proz.) Kleinpackung	20 g	= 1,20 M.

Targesin-Tabletten 0,25 für innerlichen Gebrauch 20 Stück = 2,45 M.

Hersteller: Gödecke u. Co., Chem. Fabrik A.-G. Berlin-Charlottenburg.

[1]) Wünsche nach Proben und Literatur werden von der Abteilung gern an die Hersteller weitergegeben.

Neue Literatur.

I. Innere Medizin.

Anatomische Analyse des Röntgenbildschattens des Herzens und der Interlobärspalten der Lungen. Von Dr. W. Koch und Dr. W. Wieck. 137 Seiten mit 2 Abbildungen, 32 Röntgen- und 46 Skizzentafeln. Verlag von Gustav Fischer, Jena 1930. Preis brosch. 24 M., geb. 26 M.

Das vorliegende äußerst originelle, sehr lehrreiche und tiefgründige kleine Werk, an welches die Autoren eine große Arbeit verwandten, ist wohl das beste für die Kenntnis des Situs der einzelnen Herzabschnitte und für die Interlobulärspalten, was wir bis jetzt besitzen. Es ist äußerst praktisch abgefaßt und für den Lernenden wie für den Arzt und besonders für den Facharzt von großem Werte. Die interessante Art und Weise, wie die Autoren bei ihren Untersuchungen vorgegangen sind, muß im Original eingesehen werden. H. Rosin.

Über die traumatische Entstehung innerer Krankheiten. Von Stern. Verlag von Gustav Fischer, Jena. Preis geh. 32 M., geb. 34 M.

Die nach so vielen Jahren erfolgte Neuauflage dieses Lehrbuches kann von dem mit Gutachten beschäftigten Arzt nur wärmstens begrüßt werden. Der Gutachter, dessen Tätigkeit gerade jetzt wegen der allgemeinen sozialen Lage durch eine Unzahl geschicktester Simulanten erschwert wird, kann sich an Hand des sehr ausführlichen und überaus kritischen Inhaltes des Werkes in allen Zweifelsfällen Rat und Auskunft holen. Eine große Anzahl sehr instruktiver Krankengeschichten trägt zum Verständnis der Ausführungen des Autors weitgehend bei. Das sehr ausführliche Literaturverzeichnis ermöglicht es dem Leser, sich alle wesentlichen Quellenangaben über ihn besonders interessierende Fragen zu beschaffen. G. Zuelzer.

Mikromethodik. Fünfte vermehrte und verbesserte Auflage. Von L. Pincussen. Verlag von Georg Thieme, Leipzig 1930. Preis kart. 7,50 M.

Das Büchlein ist wohl sicher schon zum unentbehrlichen Requisit jedes klinischen Laboratoriums geworden. Es enthält eine fast vollständige Beschreibung aller der in der Klinik heute auszuführenden mikrochemischen Untersuchungsmethoden. Infolge des sehr leicht faßlichen Inhaltes ist es dem auch weniger geübten Arzt und dem technischen Hilfspersonal bald möglich, sich in kürzester Zeit in die einzelnen Methoden einzuarbeiten. G. Zuelzer.

Handbuch der biologischen Arbeitsmethoden. Von Abderhalden. Abt. IV. Teil V. 1. Hälfte, Heft V. Verlag von Urban & Schwarzenberg, 1929.

Dieses Heft bringt eine weitere Fortsetzung der Abhandlungen über die Untersuchungen des Harnes. Koch schreibt über die Bestimmung des Geramtstickstoffes, Weise über den Nachweis und Bestimmung der Homogentinsäure, über die Bestimmung der Oxalsäure und der anorganischen Harnsubstanzen. Harnder und Schittenhelm bringen die Methoden über der qualitativen und garantitativen Nachweis der Produkte des Purinstoffwechsels. Chrometzka liefert einen Beitrag über die Untersuchung der Harnsteine. G. Zuelzer.

Über Herzschwäche. Von Dr. Hans Kutschera-Aichbergen, Wien. Mit einem Vorwort von Prof. Dr. K. F. Wenckebach. 152 Seiten. Verlag von Urban & Schwarzenberg, Berlin und Wien 1929. Preis 6 M.

Wir kennen bekanntlich von den eigenartigen Eigenschaften des Herzmuskels nur seine Kontraktilität, die er mit den Skelettmuskeln teilt. Seine sonstigen spezifischen Eigenschaften kennt man nicht, nicht die Automathie, nicht die Rhythmik, nicht die genauen Beziehungen der das Herz über die Erregungsleitungsbahn zur Kontraktion bringenden Reize zur Kontraktion selbst. Wer sich daher mit dem Problem der Herzschwäche beschäftigt, hat mit vielen unbekannten Größen zu arbeiten, und es wird niemals möglich sein, ihre Grundlagen endgültig zu erkennen, bevor die normalen Verhältnisse nicht geklärt sind. Unter diesen Voraussetzungen ist sicher auch das vorliegende Buch über Herzschwäche verfaßt worden. Wenn so auch noch immer nicht das eigentliche Problem der Herzmuskelschwäche gelöst werden kann, so hat der Verf. eine große Reihe von anatomischen, funktionellen und vor allem physikalisch-chemischen Tatsachen, die bei der Kreislaufschwäche sich zeigen, in dem kleinen Werke niedergelegt, die besonders die neuere Forschung und auch eigene Forschungen berücksichtigen. Er ist vor allem dem Ermüdungsproblem nachgegangen und hat Ähnlichkeiten gefunden und zusammengestellt zwischen der Herzmuskulatur und der übrigen Skelettmuskulatur. Vor allem hat er auf die hohe Bedeutung des peripheren Gefäßsystems für die Kreislaufschwäche hingewiesen, die nicht genug betont werden kann, deren Rätsel aber noch weiter zu lösen sind. Ein Vorwort Wenckebachs empfiehlt mit Recht das Buch, das sowohl Theoretiker als Praktiker mit Nutzen studieren werden. H. Rosin.

Die Regulierung des Blutkreislaufes gleichzeitig ein Beitrag zur Physiologie des vegetativen Nervensystemes von Dr. W. R. Hess. Mit 21, zum Teil farbigen Abbildungen, 162 Seiten. Verlag von Georg Thieme, Leipzig 1930. Preis kart. 12 M.

Die Kreislaufforschung der letzten Jahrzehnte hat die enorme Anpassungsfähigkeit der Blutversorgung an die Bedürfnisse des ganzen Organismus und der einzelnen Organe gezeigt. Der kapillare Austausch und sein Mechanismus, seine Beziehungen zu den Organzellen, die er versorgt, sind mehr in den Vordergrund der Betrachtung gerückt. Die noch heute nicht geklärte Frage, durch welche Zentren, Mechanismen und Reflexe nicht nur die Versorgung der Gewebe aus den Kapillaren, sondern auch das Schlagvolumen des Herzens, die Bewegung der Arterien und Venen und die Regulierung des Blutdrucks erfolgt, ist Gegenstand dauernder Forschung. H. hat hier einmal Halt gemacht und die bisher gewonnenen Resultate, zum Teil auf Grund eigener Erwägungen und Forschungen in systematischer und übersichtlicher Weise zusammengestellt. Alle diese Kräfte, von den Kapillaren rückwärts gerechnet bis zum Herzen hin, die Reflexvorgänge, die Wirkungen des autonomen Nervensystems sind hier in klarster Weise dem Nichtspezialisten und Praktiker zur Anschauung gebracht. Seine Lektüre wird daher dem Leser den derzeitigen Stand der Lehre vom Kreislauf in der geeignetsten Weise zur Anschauung bringen. H. Rosin.

Hämophilie und ihre Behandlung. (Wissenschaftliche Grundlagen.) Von Felipe Llopis, Pharmazeut in Madrid. Mit 14 Abbildungen im Text und 4 Tafeln. Verlag von Johann Ambrosius Barth, Leipzig 1929.

L. vertritt den Standpunkt, daß die Hämophilie eine Fehlkrankheit ist, d. h., daß sie durch das Fehlen von Vitaminen entsteht. Er empfiehlt daher Nateinatabletten, ein Gemisch von Vitaminen zur Heilung. Das kleine Werk ist sehr lesenswert, auch in bezug auf die Erblichkeitsfrage und in bezug auf die Frage, ob das weibliche Geschlecht an Hämophilie erkranken kann oder nur Konduktor der Hämophilie ist. Zahlreiche Krankengeschichten werden genau durchgeführt und erläutern die Theorie. H. Rosin.

Veröffentlichungen der deutschen Gesellschaft für Rheumabekämpfung, H. 4. Verlag von Richard Schoetz, Berlin 1929. Preis 10 M.

Das vorliegende Heft zeigt die Bemühungen anerkannter Rheumaforscher, Licht in die Unklarheiten des Rheumaproblems zu bringen. Am meisten werden hier die Gelenkerkrankungen betrachtet, die der Forschung und Klarstellung zugänglicher sind als die Muskel- und Nervenerkrankungen. Manches Neue ist hier erwähnt, manche neueren Fortschritte kritisch zusammen-

gefaßt. Man kann hoffen, daß die neue Gesellschaft im Laufe der Zeit die erwünschte Klarheit durch Heranziehung der Forscher in das dunkle Gebiet bringen wird. H. Rosin.

Lehrbuch der inneren Medizin. Von Prof. Dr. Theodor Brugsch, Halle. In zwei Bänden. Erster Band mit 151 Abbildungen im Text und 18, davon 16 farbigen Tafeln. 862 Seiten. Verlag von Urban & Schwarzenberg, Berlin und Wien 1930. Preis geh. 27 M., geb. 30 M.

Theodor Brugsch hat es unternommen, ganz aus eigener Kraft ein Lehrbuch der inneren Medizin zu verfassen, dessen erster Band jetzt erschienen ist. In seiner langen klinischen Tätigkeit an einem der größten Institute Deutschlands hat er, wie allbekannt, eine überaus große Zahl klinischer Gebiete wissenschaftlich befruchtet; durch die Mannigfaltigkeit des Inhaltes seiner Forschungen ist er vielleicht der berufenste jüngere Kliniker Deutschlands für die gleichmäßige wissenschaftliche Bearbeitung des ungeheueren Gebietes der inneren Medizin.

In dem vorliegenden ersten Bande sind die einzelnen Kapitel vielfach in einer neuen Ordnung und Zusammenfassung dargestellt entsprechend den vielfachen Veränderungen in der Pathologie. So beginnt das Werk mit der allgemeinen Therapie, in der mit besonderer Sorgfalt der Nahrungsdiätetik und der Krankenküche die Aufmerksamkeit zugewandt ist. Es fehlt aber auch nicht an pharmakologischen, an balneotherapeutischen und hydrotherapeutischen Vorschriften. Auch der Röntgentherapie ist ein kurzes Kapitel gewidmet. Es folgt sodann eine allgemeine Konstitutionslehre mit den Wachstumsstörungen, die B. schon so vielfach bearbeitet hat. Die eigentliche Krankheitslehre beginnt mit der Erkrankung der Einsonderungsorgane (ein Name, den B. für die endokrinen Drüsen gewählt hat). Es schließen sich hier die Störungen des Stoffwechsels an. Es folgen dann die Infektionskrankheiten, die Herzerkrankungen, die Erkrankungen des Blutes. Zahlreiche Abbildungen, Farbtafeln, Tabellen erläutern den Text.

Das Buch, aus einem Guß verfaßt, für den Studierenden und Praktiker geschrieben, in flüssigem Stile, in übersichtlicher Anordnung, ist endlich einmal wieder ein einheitliches Werk der inneren Medizin, dessen Studium und dessen bildende Kraft von großem Einfluß auf die medizinische Jugend sein wird. H. Rosin.

Magenkrankheiten, ihre Diagnose und Therapie. In 12 Vorlesungen. Von Prof. Dr. O. Porges. 179 Seiten. Verlag von Urban & Schwarzenberg, Berlin und Wien 1929. Preis brosch. 8 M., geb. 9,60 M.

Die Ausführungen des Verf. weichen in verschiedenen Punkten von den in den bekannten diesbezüglichen Hand- und Lehrbüchern ab. Mit der Ansicht des Verf. über viele, wenn auch nicht mit allen Auffassungen, hat sich Ref. wiederholt einverstanden erklärt. — So hat Ref. mündlich und schriftlich wiederholt die von P. vertretene Ansicht geäußert, daß Hyperazidität und Hypersekretion keine eigenen Erkrankungen sind, sondern nur als Teilerscheinungen anderer entzündlicher Erkrankungen der Magenschleimhaut zu deuten sind, daß der Neurosenbegriff auf diesem Gebiete erheblich einzuschränken ist. Ebenso ist anzuerkennen, daß bei der chronischen Gastritis durchaus nicht immer vermehrter Schleim im ausgeheberten Mageninhalt zu finden ist.

Weniger gesichert erscheinen dem Ref. die Ansichten von P. über die „echte perniziöse“ Anämie; diese möchte Verf. von der beim Ulkus auftretenden sekundären Anämie getrennt wissen.

Das Studium des Buches von P. ist äußerst anregend und besonders für die Fortbildung praktischer Ärzte geeignet. Kuttner.

II. Klinische Sonderfächer.

J. Schäffers Behandlung der Haut- und Geschlechtskrankheiten. Siebente, vermehrte und verbesserte Auflage, neu bearbeitet von Karl Zieler und Conrad Siebert. Mit 84 Abbildungen im Text. Verlag von Urban & Schwarzenberg, 1929.

Von Siebert stammt die Bearbeitung des allgemeinen Teils und der Hautkrankheiten, von Zieler die der Geschlechtskrankheiten. Die Neubearbeitung der Strahlenbehandlung ist von A. Reißner in fachmännischer Weise durchgeführt worden. In dem allgemeinen Teil findet sich neu ein Abschnitt über unspezifische Reizbehandlung und über die Behandlung mit spezifischen Impfstoffen. Die Hauttuberkulosen sind in einem Abschnitt (Tuberkulosen der Haut und Tuberkulide) zusammengefaßt. In dem Kapitel: Die Geschlechtskrankheiten haben die Fragen der Heilung bei Tripper und Syphilis sowie die der Heiratserlaubnis eine dem jetzigen Standpunkt entsprechende Bearbeitung gefunden. Neu hinzugekommen ist schließlich die Besprechung der Syphilisbehandlung mit Wismut und mit den neueren Salvarsanen sowie die innerliche Salvarsanbehandlung (Spirocid). So wird das Buch in seinem neuzeitlichen Gewande auch der jetzigen Ärztegeneration ein zuverlässiger Führer und Berater bei der Behandlung der Haut- und Geschlechtskrankheiten werden. R. Ledermann.

Über Röntgenschäden und Schäden durch radioaktive Substanzen. Von Priv.-Doz. Dr. Wilh. Flaskamp, Erlangen. 365 Seiten. Mit 94 Bildern, 30 Tafeln und 6 Tabellen. Verlag von Urban & Schwarzenberg, Berlin und Wien 1930. Preis geh. 30 M., geb. 34 M.

Ein sehr umfassendes Werk, das die Beeinflussung sämtlicher Organe abhandelt und zwar ausschließlich im Sinne der schädlichen Beeinflussung, hauptsächlich durch Röntgenstrahlen, in geringerem Grade auch durch Radium, nicht vom forensischem Standpunkt geschrieben ist, sondern die Pathogenese abhandelt, Ursachen und Symptome der Schädigung, ihre Vermeidung und Behandlung. Das Buch ist in der Erlanger Klinik entstanden, im Auftrag von Wintz und von ihm weitgehendst unterstützt und beeinflußt. Man kann wohl sagen, daß es sich um ein Werk handelt, das sehr umfangreich von einem einzigen Autor auf Grund sehr fleißigen Literaturstudiums geschrieben ist, daß es lückenlos die neuesten Forschungen berücksichtigt. Es ist reich illustriert. Besonders hervorzuheben sind die Kapitel über die Schädigung der Haut, die Entstehung und den Ablauf des Erythems in den verschiedensten Formen. Ferner wären herauszugreifen die Abschnitte über die Schädigung der Lungen einschl. Pleura, des Kehlkopfes, der Augen, der verschiedenen großen Drüsen, bes. auch des Generationsorganes, schließlich des Blutes und der blutbildenden Organe, sowie über die Allgemeinschädigung, Symptomatologie und Pathologie des Röntgenkaters. Lorenz.

Meldepflichtige Berufskrankheiten der Haut. Von Kurt Finkenrath. Berliner Klinik Heft 413. Fischer's medizin. Buchhandlung H. Kornfeld, Berlin.

Verf. schildert zunächst die neuen gesetzlichen Bestimmungen, durch die eine Reihe von Erkrankungen, deren gewerblich bedingter Ursprung klar zutage liegt, in der Entschädigungspflicht den Unfällen gleichgestellt werden. Zu diesen Berufskrankheiten, die meldepflichtig sind, gehören auch eine Anzahl von Hautkrankheiten, wie die Erkrankungen durch Röntgenstrahlen, durch Galvanisierungsarbeiten, durch exotische Holzarten, durch Ruß, Paraffin, Teer, Anthrazen, Pech und verwandte Stoffe. Als meldepflichtige Krankheitsfälle sind Erkrankungen von über 13 Wochen Dauer mit mindestens 6 wöchentlicher Arbeitsunfähigkeit zu verstehen. Verf. gibt eine ausführliche Darstellung der in Betracht kommenden Hauterkrankungen und fügt auch einen kurzen Überblick über die kausale Therapie an. Für den praktischen Arzt und den Dermatologen ist es von großer Wichtigkeit, sich mit diesen gesetzlichen Bestimmungen zu beschäftigen, für deren Nichtbeachtung auch gesetzliche Strafbestimmungen festgesetzt sind. Es empfiehlt sich daher dringend das Studium dieser lehrreichen Broschüre in welcher alles Wesentliche erschöpfend behandelt ist. R. Ledermann.

Die Klinik der wichtigsten Tierdermatosen. Von Julius Heller. Handbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten. 14. Band. I. Teil. Verlag von Julius Springer, Berlin 1930.

Das vorliegende Werk, mit zahlreichen gutgelungenen Abbildungen ausgestattet, gibt eine vollkommene Übersicht über die bei den Tieren vorkommenden Hautaffektionen, wobei der für den Dermatologen wichtigen vergleichenden Betrachtung besonders Beachtung geschenkt ist. Es ergibt sich, daß der größte Teil der beim Menschen vorkommenden Hautkrankheiten, wenn auch oft in sehr modifizierter Form, auch bei Tieren beobachtet wird. Einige wichtige Hautkrankheiten wie der Lichen ruber und die Psoriasis sind allerdings nur dem Menschen eigen. Andere finden sich bei den Tieren seltener und sind nicht immer den menschlichen Dermatosen gleichzusetzen. Verf. hat eine unendliche Fülle von Beobachtungsmaterial in seinem Buche zusammengetragen, das im Original studiert werden muß und sich nicht zur Wiedergabe in einer kurzen Besprechung eignet. Der Pathologe und Dermatologe werden das in seiner Art einzig dastehende Buch bei ihren Arbeiten nicht entbehren können, aber auch dem praktischen Arzt wird das Studium dieses anregend geschriebenen Buches zu einer Quelle reicher Belehrung werden und ihren Einblick in einen ihm bisher unbekannten Zweig der Medizin verschaffen.

R. Ledermann.

III. Bakteriologie, Hygiene (einschl. öffentliche Gesundheitspflege), Pharmakologie.

Psychologie und Charakterologie der Okkultisten. Von Geh. San.-Rat Dr. Albert Moll. 130 Seiten. Verlag von Ferd. Enke, Stuttgart 1929. Preis geheftet 10,80 M.

Albert Moll, der berühmte Forscher auf dem Gebiete des Hypnotismus und der Sexualwissenschaft, lehnt bekanntlich alles sogenannte „Parapsychologische" unbedingt ab. Kennerschaft wird ihm niemand bestreiten. In mehr als 150 Jahren sei nicht das geringste Neue (außer etwa dem sogenannten „Teleplasma"); und demnach kein einziger stichhaltiger Beweis für irgendein okkultistisches Geschehen von den Anhängern vorgetragen worden. Solange die alten und immer wiederholten Sitten bei den „Forschungen" und Sitten der Okkultisten herrschen, sei das Wort Wissenschaft Deckmantel und Irreführung. Die 6 Hauptabschnitte des Buches tragen folgende bezeichnende Überschriften: Affekteinstellung der Okkultisten. Autoritäten als Okkultisten. Fehlende Methodik. Oberflächlichkeit, Gedankenlosigkeit, Leichtgläubigkeit der Okkultisten. Zur Psychopathologie der Okkultisten.

Paul Bernhardt.

Das Tabakrauchen im Lichte der öffentlichen Gesundheitspflege. Von Dr. Friedrich Schmetz, Herne. Veröffentlicht aus dem Gebiete der Medizinalverwaltung, XXXI. Band, 4. Heft. 27 Seiten. Verlag: Richard Schoetz, Berlin 1930.

Mit vollem Recht wird die Existenz nikotinfreier Zigarren und Zigaretten abgelehnt. Demgemäß erscheint die Empfehlung vermeintlich gesundheitsunschädlicher Sorten seitens des Arztes an Patienten, denen der Tabakgenuß verboten ist, durchaus bedenklich. Die experimentelle Feststellung einer Desinfektionswirkung in der Mundhöhle ist praktisch belanglos. Der schon in der Jugend einsetzende Tabakmißbrauch begünstigt die Entwicklung arteriosklerotischer Prozesse. Auch degenerative Veränderungen des Myokards müssen anerkannt werden. Hingegen sind besondere Beziehungen zwischen Tabakrauchen und Lungentuberkulose nicht einwandfrei bewiesen. Schwer pflegt bei Trägern einer erhöhten Erregbarkeit des vegetativen Nervensystems, dafern nicht Maß gehalten wird, das gastrointestinale System zu leiden, zumal unter der Form von Appetitlosigkeit und bunten beschwerdevollen Spasmen. Der jugendliche Zigarettenraucher soll sogar durchweg einen reduzierten Ernährungszustand haben. Auch an Einflüssen auf das Sexualsystem in der Richtung der Triebabnahme und Erektionsschwäche fehlt es nicht. Sehstörungen verschiedener Art können die Betriebssicherheit der Eisenbahn und Kraftwagen gefährden. Endlich tritt ein reiches Aufgebot nervöser, wenn auch nicht in schwere psychische Zustände ausartender Störungen in Geltung. Aufenthalt in mit Tabakqualm gefüllten Räumen kann bei Nikotinempfindlichkeit zu Gesundheitsschädigungen führen. Ich darf der Befriedigung darüber Ausdruck geben, daß die vorstehende Stellungnahme größtenteils mit meinen bereits vor 7 Jahren in dieser Zeitschrift (20. Jahrgang, Nr. 23) vertretenen, nicht zum wenigsten auf Erfahrungen in der eigenen Praxis gegründeten Anschauungen im Einklang steht. Daß sich der Vorschlag des Autors, auf dem Wege der Kultur nikotinarmer Tabakpflanzen Abhilfe zu schaffen, verwirklicht werde, entspricht nicht meiner Überzeugung. Über der Fülle der Schädigungen durch Tabakrauchen dürfen die angenehmen, um nicht zu sagen hygienischen Wirkungen des Genußmittels, auf die ich des öfteren bis in die neueste Zeit in Wort und Schrift eingegangen, nicht vergessen werden. Wir erfahren von ihnen in der vorliegenden Abhandlung nichts und glauben das mit der beschränkenden Fassung des Titelthemas begründen zu sollen.

Fürbringer (Berlin).

Die Kleidung. ihre Herkunft, Technik und Hygiene. Band 5. Von Dr. F. Steinitzer. 132 Seiten, 1929. Broschiert 3,30 M.

Das Büchlein gibt in allgemein verständlicher Form eine durch Abbildungen und Mikrophotographien belebte Darstellung der für Bekleidungszwecke verwendeten Materialien, ihrer Verarbeitung zu Bekleidungsstoffen, der Hygiene der Kleidung und eine Kritik der gegenwärtigen Kleidung von Weib und Mann.

A.

Kurpfuschereibekämpfung. Ein Merkbuch für den deutschen Arzt. Herausgegeben von der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung des Kurpfuschertums Berlin-Wilmersdorf, Motzstr. 36.

Das kleine Büchlein, das auf Anforderung jedem Arzt unentgeltlich zugeht, soll ihm zeigen, wie er die Kurpfuscherei bekämpfen kann, ohne sich neben seinen übrigen schweren Berufspflichten allzu stark zu belasten und sich allzuweit nach vorn in die Kampfarena zu begeben. Jeder Arzt ist ein pflichtmäßiger Mitkämpfer und wir sind überzeugt, daß dieses kleine Büchlein ihm ein ausgezeichneter Ratgeber sein wird. Möge deshalb jeder Arzt die Weisungen befolgen.

IV. Anatomie und Physiologie (einschl. Biologie), Physik und Chemie, Pathologische Anatomie.

Klinische Chemie. Herausgegeben von Prof. Dr. L. Lichtwitz, Altona. Zweite Auflage. Mit 52 Abbildungen. 672 Seiten. Verlag von Julius Springer, Berlin 1930. Preis: 47 M., geb. 49,60 M.

Bei der Fülle des Stoffes kann es nicht ausbleiben, daß manches nur gestreift werden konnte oder die eine oder andere Auffassung nicht ohne Widerspruch hingenommen werden wird. Überall wird der Standpunkt des Klinikers betont und gewahrt, dem die Chemie immer nur ein Hilfsmittel im Rahmen des Klinischen bleiben muß. Neben der gründlichen Arbeit, die dieses Buch auszeichnet (zahlreiche Literaturangaben) kommt ihm sehr zu statten, aus der Feder eines Mannes zu stammen. Es ist zu begrüßen, daß der Verf. bei der 2. Auflage die Mühe nicht gescheut hat, den riesigen Stoff allein zu bewältigen und mit seinen großen klinischen und klinisch-chemischen Erfahrungen zu bereichern. Neben den Klinikern wird dieses Buch auch dem wissenschaftlich interessierten Praktiker viel Wissenswertes und Anregendes bringen. Olivet.

Heilanstalten

von Mitgliedern des Verbandes Deutscher ärztl. Heilanstalts-Besitzer und -Leiter

Geschäftsstelle des Verbandes: Hedemünden a. d. Werra. — Näheres durch Prospekte der einzelnen Anstalten.

Kurhaus Ahrweiler,
Ahrweiler (Ahrtal, Rheinland). Dr. von Ehrenwall'sche Kuranstalt. Das ganze Jahr geöffnet. Indication: Alle Formen psychischer und nervöser Störungen, Entziehungskuren; besondere Abteilung für innere Krankheiten (Diabetes etc.). Leitende Aerzte: **Dr. von Ehrenwall,** Geh.-San.-Rat, Besitzer. **Dr. Marx.**

Berlin
Kuranstalten Westend
Fernspr.: Westend 506
1. **Kurhaus** mit modernst. Komfort. 2. **Villa Sibylle** für Minderbemittelte der gebildeten Kreise. Sanatorien für Erholungsbedürftige und Neurosen. 3. **Psychiatrische Abteilung.**
Alle Methoden der Psychotherapie. Entziehungs-, Fieber-, Schlafkuren.
Prof. Dr. Henneberg, Dr. Schlomer, Dr. Möllenhoff

DDr. Fraenkel-Oliven's
Sanatorium „Berolinum"
Berlin-Lankwitz, für Nerven- u. Gemütskranke, für jede Art organischer od. funktioneller Störung des Centralnervensystems, Entziehungs-, Schlaf- und Malariakuren, sowie für freiwillige Pensionäre.
San.-Rat Dr. Fraenkel, Berlin-Lankwitz, Viktoriastr. 60. Fernspr.: G. 3, Lichterfelde 0800

Dr. Hertz'sche Kuranstalt
für Nerven- und Gemütskranke
Entziehungskuren
BONN a. Rh. Tel. Sammel-Nr. 3141
San.-Rat **Dr. Wilhelmy, Prof. Dr. König**

Dresden-Loschwitz Dr. Möllers Sanatorium
Schroth-Kur und andere systematische Diätkuren
Aufklärende Druckschr. frei

Dr. Köhler's Sanatorium Bad Elster
Innere, Nerven-, Stoffwechsel-, Frauen-, Gelenk-Leiden, Lähmungen **Rheuma**
Moorbäder und alle Kurmittel im Hause

San.-Rat Dr. Bieling's Waldsanatorium
TANNENHOF
Friedrichroda i. Thür.
Heilanstalt für innere und Nervenleiden. Spezialdiätkuranstalt für Magen-, Darm- und Stoffwechselkrankheiten (Zucker, Fettleibigkeit, Basedow unter Grundumsatzkontrolle).

Friedrichsbrunn (Ost-Harz) 580 m
Sanatorium Dr. Strokorb
Physik.-diätet. Therapie. Innere, Nerven-, Stoffwechs.-Krankh. / Herrl. Wäld. / Getr. Abtlgn. f. Erwachs. u. Kind. Leit. Arzt: **Dr. Staupendahl.**

Kurfürstenbad „Godesberg" a. Rh.
Für innere und Nervenkranke
Aerztl. Leitung: San.-Rat Dr. **Staehly.** Kaufm. Leitung: Direktor **Butin.**

Christophsbad Göppingen, Württ.
Dr. Landerer Söhne
Heilanstalt für Nerven- und Gemütskranke.
Offenes Landhaus für Leichtkranke und Erholungsbedürftige.
Aerztliche Leitung **Dr. F. Glatzel.**

Kennenburg bei Eßlingen (Württemberg)
Privatklinik für Nerven- und Gemütskranke. — Entziehungskuren, Psychotherapie. — Prospekt. — Telephon: Eßlingen 6310. Besitzer und leitender Arzt: San.-Rat **Dr. Krauß.**

Dr. Ziegelroth's Sanatorium
Krummhübel i. Riesengebirge
Physikalisch-diätetische Therapie

Bad Liebenstein i. Thür.
Das **Sanatorium DDr. Eichler-Seige** hat in diesem Frühjahr direkte Zuleitung der Mineralquellen Liebensteins erhalten. Es können daher jetzt in der eigenen Badeanstalt des Sanatoriums die natürlichen kohlensauren Stahl-Sprudelbäder verabreicht werden. Die Erwärmung des Wassers geschieht nach dem modernsten Verfahren (System Imhof, Bad Nauheim). Die 1928 erbohrte Quelle gehört zu den kohlensäurereichsten Deutschlands und ähnelt in ihrer Mineralisation ganz auffallend derjenigen des Kissinger Rakoczy. Natürliche Stahl-Kochsalzsprudelbäder im Hause.

Kuranstalt Neufriedenheim
München XII. **Für Nervenkranke aller Art.** Herrlicher 12 ha großer alter Park. Alle Kurmittel u. psychischen Behandlungsmethoden, Entziehungskuren. Völlig getrennte Abteilung für Psychosen.
Geh. Sanitätsrat **Dr. Rehm, Dr. Baumüller.**

Bad Mergentheim
DR. A. BOFINGER'S
Diätkuranstalt am Frauenberg
In nächster Nähe der Kuranlagen u. Quellen.



Aeltestes Sanatorium am Platz, umgebaut u. mit all. Bequemlichkeiten ausgestattet; m. herrl., vollständig abgeschloss. Garten. — **Klin. Behandlung v. inneren, besonders Magen-, Darm- u. Stoffwechselkrankheiten.** / **Genaue Diäteinstellung besonders für Zuckerkranke.**

Lungenheilanstalt
Bad Reiboldsgrün (Sachsen)
Aerztl. Leiter: San.-Rat Dr. **Gebser**
2 Oberärzte, 2 Assistenten. Neubau mit modernsten Behandlungs-Einrichtungen

Sülzhayn (Südharz)
Dr. Steins Neues Sanatorium für Leichtlungenkranke
Mod. Anstalt m. allem Komfort (fließ. Wasser). Beste Südlage i. geschütztem Waldtal. 2 Aerzte. Leit. Arzt: **Dr. med. Stein.**

Sülzhayn-Südharz
Sanatorium Stubbe für
Leicht-Lungenkranke
Aerztl. Leit.: San.-Rat **Dr. E. Kremser.**

WIESBADEN
Sanatorium Determann
für innere u. Nervenkranke, in schönster Lage am Kurpark, Paulinenstr. 4. Tel. 21047. Aerzte: **Prof. Dr. H. Determann, Dr. W. Schmitt.**

Kindersanatorium Dr. Rohr
Wilhelmshöhe bei Kassel
Sonnige Lage, in unmittelbarer Nähe von Schloßpark u. Habichtswald. Mittlere Höhe. Sommer- und Winterkuren. Unterricht.

Mutosan

D. R. W. Z. 259763

Dr. E. Uhlhorn & Co in Biebrich

Das bekannte Lungenheil-Mittel bei

Tuberkulose
Rippenfellentzündung
Keuchhusten und ähnl.
Symptomatisches und Heilmittel.

Komplett., chirurgisch.
Instrumentarium
nebst Instrumentenschrank, Hahnschem Operationstisch, sehr günstig zu verkaufen. **Sanitätsrat Crüger, Königsberg i. Pr.,** Sophienstr. 8a.

Bad Liebenstein

bei Eisenach Thüringer Wald

Spezialkuren bei Herz- und Nervenleiden, Blutarmut, Bleichsucht, Frauenleiden, Rheumatismus, Gicht, Krankheiten der Verdauungsorgane, Fettleibigkeit und anderen Stoffwechselkrankheiten. Stärkste kohlensaure Eisen-Mangan-Arsen-Quelle Deutschlands. Kohlensaurer Kochsalzsprudel. Prospekt Nr. C und Wohnungsnachweis durch die Badedirektion

Natürliche Stahl-, Kochsalzsprudel- und Moorbäder / Trinkkuren / Luftkurort

---

Bad Salzschlirf und sein Bonifaziusbrunnen!

Gegen Gicht, Rheuma, Stein- und Stoffwechselleiden! — Ermäßigte Pauschalkuren: Die ersten 3 Wochen (Mindestdauer) Pauschalpreis M. 199.50, 4. Woche M. 59.50. (Bewilligung von Kreditkuren auf Antrag.)
Im Kurhaus: Wochenpauschalpreis: M. 84.—; im Badehof: Wochenpauschale: M. 105.—. Das Badehofsanatorium, Diätküche nach Prof. Brauer, Hamburg. Auskunft auch über Hauskuren durch die Badeverwaltung.

Notizen.

Kongresse (Fortsetzung von S. 4)

14.—18. IX.: V. internat. Kongreß f. physikal. Therapie in Lüttich (Dr. A. Laqueur, Bln. NW 40, Thomasiusstr. 14.).
15.—17. IX.: Dtsch. Orthopädische Ges. in Heidelberg (Prof. v. Baeyer, Heidelberg-Schlierbach, Orthopäd. Klinik).
18.—20. IX.: Gesellsch. Dtsch. Nervenärzte in Dresden (Dr. K. Mendel, Bln. W 50, Augsburger Str. 43).
22.—24. IX.: Dtsch. Ges. f. Gewerbehygiene in Breslau (Geschäftsstelle: Frankfurt a. M., Platz der Republik 49).
22.—27. IX.: Internat. Kongreß für Geschichte der Medizin in Rom.
25.—28. IX.: Internat. med. Kongr. f. Individualpsychologie in Berlin (Priv.-Doz. Kronfeld, W 10, Hohenzollernstr. 3).
26.—27. IX.: Dtsch. Ges. für Unfallheilkunde in Breslau (Geschäftsst.: Bln. W 57, Bülowstr. 22).
6.—8. X.: Ges. f. Verdauungs- u. Stoffwechselkrh. in Budapest (Vors. Prof. v. Korányi, Budapest, Gen.-Sekr. Prof. v. d. Velden, W 30, Bamberger Str. 49).
6.—9. X.: Ges. f. Heilpädagogik in Köln (Erwin Lesch, München 9, Voßstr. 12).
10.—12. X.: Dtsch. Ärztebund zur Förderung der Leibesübungen in München (Geschäftsstelle in Berlin W 8, Leipziger Str. 3, in München Geh. San.-Rat Hoeflmayr, Maximilianstr. 12). L.

Die Schriftleitung des **Reichs-Medizinal-Kalenders** richtet an alle Kollegen die höfliche Bitte, Veränderungen in ihren Personalien seit der letzten Ausgabe des Kalenders (Ende 1928) sowie etwaige Verbesserungen der Personalangaben in der genannten Ausgabe ihr unter der Anschrift: „Schriftleitung des Reichs-Medizinal-Kalenders, Berlin W 30, Viktoria-Luise-Platz 1" freundlichst umgehend mitteilen zu wollen, damit diese Angaben noch in der Ende 1930 erscheinenden Neuausgabe Berücksichtigung finden können. Gleichzeitig bittet sie alle wissenschaftlichen Gesellschaften und Vereine, ihr Namen und Adressen der Vorsitzenden und Schriftführer sowie Anschrift ihrer Geschäftsstelle und die Mitgliederzahl anzugeben.

Bezugsquellen-Register - Adressennachweis

für das Fachgebiet des Arztes

Aerztemöbel
A. Schröder & Co., Inh. Herm. Ellwanger, Berlin NW 6, Karlstr. 19 Ecke.

Apparate für Schwerhörige
Deutsche Akustik-Gesellschaft m.b.H., Berlin-Reinickendorf-Ost, Brienzerstraße 4, Aelteste und führende Spezial-Fabrik.

Augengläser
Optisch-oculistische Anstalt Josef Rodenstock, Nachf. **Optiker Wolff G. m. b. H. München**, Bayerstraße 3 **Berlin W**, Leipziger Straße 101—102.

Bandagen
A. Schröder & Co., Inh. Herm. Ellwanger, Berlin NW 6, Karlstr. 19 Ecke.

Chirurgische Instrumente
A. Schröder & Co., Inh. Herm. Ellwanger, Berlin NW 6, Karlstr. 19 Ecke.

Otto Teichgräber, Berlin SW 68, Kochstraße 3/5.

Gelegenheitskäufe
Chir. Instr., Op.-Möbel, Höhensonnen, Multostate, Pantostate, Mikroskope. Verl. Sie Angeb. **Johannes Behrendt**, Berlin N 24, Oranienburger Str. 66.

Gelegenheitskäufe
Otto Teichgräber, Berlin SW 68, Kochstraße 3/5.

Medizinische Zeitschriften
Aesculap Med. Journal Zirkel, Karlstraße 18. Leihabonnement f. mediz. Zeitschriften. Prospekte auf Verlangen gratis. Versand nach außerhalb.

Mikroskope
Otto Himmler, Berlin N 24, gegründet 1877, Oranienburger Str. 65, Telefon D 2 Weidendamm 0204.

Ed. Messter, gegr. 1859, Mikroskop-Abteilung. Berlin W 8, Leipziger Straße 110.

Optisch-oculistische Anstalt Josef Rodenstock, Nachf. **Optiker Wolff G. m. b. H. München**, Bayerstraße 3. **Berlin W**, Leipziger Straße 101—102.

Otto Teichgräber, Berlin SW 68, Kochstraße 3/5.

Mikroskope u. Nebenapparate
C. Reichert, Optische Werke, Wien VIII, Bennogasse 24/26.

Mikrotome
C. Reichert, Optische Werke, Wien VIII, Bennogasse 24/26.

Sartorius-Werke Akt.-Ges., Göttingen (Han.), Abt. Mi.

Operationsmöbel
Sanitätshaus P. Kaschner, Liegnitz, Frauenstr. 27. Tel. 1307.

Optiker
Optisch-oculistische Anstalt Josef Rodenstock, Nachf. **Optiker Wolff G. m. b. H. München**, Bayerstraße 3. **Berlin W**, Leipziger Straße 101—102.

Photo-Apparate
Optisch-oculistische Anstalt Josef Rodenstock, Nachf. **Optiker Wolff G. m. b. H. München**, Bayerstraße 3. **Berlin W**, Friedrichstr. 59—60.

Polarisationsapparate
Polarisationsapparate f. Harnanalyse **Dr. Steeg & Reuter**, Opt. Institut, Bad Homburg v. d. H.

Otto Teichgräber, Berlin SW 68, Kochstraße 3/5.

Röntgenröhren
Röntgenröhren für Diagnostik und Therapie. **C. H. F. Müller**, Aktiengesellschaft, **Hamburg 15.**

Röntgenschutz
Röntgenschutz-Artikel und Zubehörteile für Röntgenbetriebe. **C. H. F. Müller**, Aktiengesellschaft, **Hamburg 15.**

Röntgen-Photomaterial
Diagnostik-Hilfsmittel u. aufnahmetechnisches Material für Röntgenbetriebe. **C. H. F. Müller**, Aktiengesellschaft, **Hamburg 15; Berlin NW 6**, Luisenstraße 41; **München**, Briennerstraße 8 (Luitpoldblock); **Köln**, Domkloster 1, I; **Frankfurt a.M.**, Kronprinzenstr. 17.

Säuglingspuppe
Werkstätte der Käthe Kruse-Puppen Bad Kösen.

Wäsche für Krankenhäuser und Aerzte
A. Ennet, Berlin, Karlstr. 27. Berufskleidung für Aerzte: Operat.-Mäntel, Visitenröcke, Handtücher, Servietten usw. Verlangen Sie Katalog.

für den privaten Bedarf des Arztes

Pianoforte-Leihinstitut
Conrad Krause Nchfg., Berlin W 50, Ansbacher Str. 1.

Pianos
Conrad Krause Nchfg., Berlin W 50, Ansbacher Str. 1.

Waffen u. Munition
Waffen-Loesche, Berlin C 2. An der Spandauerbrücke 11. Jagd- u. Sportwaffen, Munition.

Weinhandlungen
Max Gruban - F. C. Souchay Weingroßhandel gegr. 1846 Berlin NO 18, Große Frankfurter Straße 119-120-121. Fernsprecher: E 4 Alexander 4230, 4231, 4232. Filialen in allen Stadtteilen.

Weinstuben u. Weinhandlung
Cramer-Mitscher, Berlin W 8, Französische Straße 18. Tel.: Merkur 9364. Weine glasweise u. Pilsner Urquell. Zweigniederlassung Brandenburg (Havel), Tel.: 25 u. 1056.

Bei Anfragen und Einkäufen beziehe man sich auf die „Zeitschrift für ärztliche Fortbildung".

Notizen.

Epidemiologischer Bericht.

Von

Dr. **Fritz von Gutfeld,**

Abteilungsdirektor im Städtischen Krankenhaus am Urban zu Berlin.

Die Tabelle enthält Angaben über die Bewegung der Bevölkerung von Groß-Berlin in den ersten 4 Monaten des Jahres 1930.

Besonders hingewiesen sei auf:

1. Reichsgesundheitsblatt Nr. 2 vom 8. Januar 1930, welches das Reichsgesetz über den Verkehr mit Betäubungsmitteln (Opiumgesetz) vom 10. Dezember 1929 enthält, und

2. Reichsgesundheitsblatt Nr. 14 vom 2. April 1930 mit den Entschließungen des Reichsgesundheitsrats, betreffend Änderung der Ausführungsbestimmungen des Reichsimpfgesetzes.

Zeitraum 1930	Landesteil	Bevölkerungszahl (in Tausenden)	Lebendgeborene	Gestorbene (ohne Totgeborene)	Zahl der Sterbefälle: Typhus	Masern	Scharlach	Diphtherie	Ruhr	Encephalitis lethargica	Genickstarre	Tuberkulose (alle Arten)	Krebs und andere bösartige Neubild.
Januar	Groß-Berlin	4347	3821	4476	9	6	4	57	2	1	3	357	587
Febr.	„	4348	3669	4172	2	7	8	34	5	0	4	318	549
März	„	4346	3591	4231	7	10	12	42	2	0	0	354	516
April	„	4348	4333	4825	1	9	5	41	1	3	1	398	605

Verantwortlich für den Anzeigenteil: Ala Anzeigen-Aktiengesellschaft in Interessengemeinschaft mit Haasenstein & Vogler A.-G., Daube & Co. G. m. b. H., Berlin W 35, Potsdamer Straße 27 a. — Druck: Buchdruckerei Lippert & Co. G. m. b. H., Naumburg a. S.